Rok XLII. Kraków 28 Listopada 1903. Nr. 48.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z c. k. kliniki pedyatrycznej prof. Jakubowskiego w Krakowie.

Dwa przypadki guza mózgowia. I. Guz wzgórka wzrokowego i czepca szypułki mózgowej z zbiorem objawów Benedikta. II. Guz czwartej komory.

Podał

Docent Dr. Ksawery Lewkowicz,

b. asystent kliniki.

Przypadki, których przebieg mam opisać, należą niewątpliwie do rzadkich i przedstawiają wiele szczegółów ciekawych, dlatego przystępuję do ich ogłoszenia, mimo że spostrzeganie kliniczne nie było może zupełnie wyczerpujące.

I.

Franciszek F., cztery lata liczący, z Krakowa, przyjęty do kliniki 23/VIII, 1902 roku, zmarł 5/I, 1903. Obserwacya wynosiła $4^1/_2$ miesięcy.

Wywiady. Przed pięciu tygodniami chłopiec, dotąd zupełnie zdrowy, spadł z okna mieszkania parterowego na ulicę, głową na dół, prawdopodobnie na stronę prawą. Skarżył się następnie na bóle głowy po stronie prawej. W parę dni po tym upadku wystąpiło drżenie kończyny górnej prawej, które utrzymywało się i nadal i było powodem zgłoszenia się do kliniki.

Stan obecny: W budowie ślad krzywicy, odżywienie mierne; dostępne badaniu gruczoły chłonne powiększone, drobne, twarde. Wypuk nad szczytem prawym tępszy, szmery jednakże niezmienione. Śledziona niemacalna, wątroba tuż pod łukiem.

Kończyna górna prawa okazuje przy ruchach zamierzonych drżenie wahadłowe, najbardziej uwydatniające się na przedramieniu i ręce, z rytmem około 240 wahań na minutę. Drżenie to ustępuje zupełnie w spoczynku i we śnie. Przeciwnie, gdy chory ma wykonać jakiś ruch bardziej złożony, np. uchwycić jakiś drobny przedmiot, wychylenie ruchów potęguje się. Taksamo niekorzystnie zdaje się wpływać wzruszenie. Siła mięśniowa nie wydaje się przytem upośledzona; ciepłota kończyny jest może nieco niższą, odruchy niezmienione, zmian w czuciu niema.

Z innych objawów nerwowych zauważyć można tylko nieznaczne opadnięcie lewej powieki górnej. Dno oka bez zmian (Dr. Brudzewski). Bólów głowy, lub innych objawów guza mózgowego nie notowano, inteligencya nie upośledzona.

Przebieg: W czasie spostrzegania natężenie drżenia ulegało pewnym wahaniom, nie ustępowało jednak przy ruchach nigdy zupełnie. Ciepłota ciała wahała się między 36·4, a 37·2, okazywała jednak często wzniesienie do 37·8.

Dnia 14/IX. 1902. Opadnięcie powieki większe. Lewa źrenica może nieco szersza, ale na światło oddziaływa. Przy skierowaniu gałek ocznych na prawo daje się zauważyć lekki zez zbieżny. Prawy kąt ust ustawiony nieco niżej, a prawa połowa twarzy mniej bierze udziału w ruchach, mianowicie mimicznych, np. przy uśmiechu.

Dnia 18/IX. Objawy powyższe prawie zupełnie ustąpiły.

Dnia 17/X. polepszenie w drżeniu kończyny górnej, które i w następnym czasie się utrzymuje.

Dnia 3/XI. znów pogorszenie, wogóle jednak stan nie ulega zasadniczym zmianom.

Od dnia 16/XII. 1902 rozwijają się powoli objawy zapalenia gruźliczego opon. Gorączka nieregularna ze wzniesieniami do 38·6, ze spadkami do 36·8; przytępienie, bóle głowy, wymioty, zaparcie stolca, lekka sztywność karku. Tętno początkowo częste, 128 na minutę; potem zwolnione: 92 i 76, nieregularne. Plamy Trousseaua. Kernig ujemny. Brzuch lekko zapadły. Upośledzenie przytomności coraz większe.

Dnia 3/I. 1903 zauważono, że drżenie obejmuje nietylko kończynę górną, ale i dolną prawą. Objawy porażenia nerwu okoruchowego lewego i teraz nie były wybitniejsze.

Dnia 5/I. rano wykonano nakłucie lędźwiowe. Ciśnienie 102 mm. rtęci, po upuście spadło do 38 mm. Płyn zawierał białka 0,12% (Stolnikowem), wytworzył po odstaniu skrzepik pajęczynowaty. W osadzie udowodniono drobnowidowo obecność prątków gruźliczych. Badanie cytologiczne osadu dało wzór wielojądrzasty, ze stosunkiem wielojądrzastych do jednojądrzastych, jak 77: 23.

Dnia 5/I. wieczorem zejście śmiertelne wśród coraz bardziej wzmagającej się nieprzytomności i śpiączki, bez drgawek, lub innych objawów podrażnienia mózgu.

W przypadku opisanym mieliśmy do czynienia niewątpliwie z tak nazwanym przez Charcota zbiorem objawów Benedikta („syndrome de Benedikt“). Zbiór ten objawów polega w zasadzie na obecności niedowładu z mimiwolnymi ruchami po jednej stronie ciała i na skrzyżowanem (t. j. umiejscowionem po drugiej stronie ciała) porażeniu nerwu okoruchowego, Poszczególne przypadki okazują jednak często zboczenia od właściwego typu. I tak w naszym nie można było stwierdzić niedowładu, a istniało tylko mimowolne drżenie przy ruchach zamierzonych, z gałązek zaś nerwu okoruchowego tylko gałązka, zaopatrująca dźwigacza powieki, była napewne niedowładną; zdzierzgacz źrenicy wydawał się niedowładny; inne zaś mięśnie, zaopatrywane przez nerw okoruchowy, były wolne, a nawet prosty wewnętrzny lewy podrażniony, czy przykurczony, (lub prawy zewnętrzny niedowładny). Niedowład nerwu twarzowego prawego odnosił się głównie do ruchów mimicznych. Drżenie ograniczało się tylko do kończyny górnej prawej, a dopiero pod koniec życia, po rozwinięciu się zapalenia gruźliczego opon, rozszerzyło się także i na kończynę dolną. Podnieść wreszcie należy niestałość w natężeniu objawów.

Przypadki zbioru objawów Benedikta należą do względnie rzadkich. H. Halban i M. Infeld w obszernej pracy, zajmującej się tym zbiorem objawów, a zarazem powstawaniem ruchów mimowolnych różnego charakteru, zdołali zebrać z piśmiennictwa tylko 32 przypadki, a dodali do tego własne dwa spostrzeżenia. Z pracy tej czerpiemy następujące szczegóły:

Zbiór objawów Benedikta spostrzeganym bywa zarówno u dzieci, jak u dorosłych. Z 34 przypadków, zebranych przez Halbana i Infelda, przypada 13 na wiek do lat 10, 13 na wiek powyżej lat 10. W pięciu przypadkach objawy rozwinęły się w dzieciństwie, ale dotrwały do wieku dojrzałego. W trzech zaś przypadkach wiek nie jest podany.

Podstawową zmianą były u dzieci, o ile przychodziło

do zejścia śmiertelnego, wyłącznie t. zw. gruzełki odosobnione (*tuberculum solitarium*) mózgu. Z 5 wspomnianych przypadków, w których objawy u osób dorosłych, lub dorastających datowały się od dzieciństwa, we czterech istota zmiany nie jest znaną, w jednym (drugi przypadek Halbana i Infelda) chodziło o ognisko zwapniałe, prawdopodobnie zwapniały gruzełek odosobniony. I u osób dorosłych najczęstszą zmianą podstawową były gruzełki odosobnione, obok nich jednak spostrzegano nowotwory złośliwe, krwotoki, względnie torbiele poudarowe, a wreszcie w jednym przypadku postrzał kulą rewolwerową. W kilku przypadkach, podobnie jak w naszym, upadek na głowę miał być bodźcem do rozwoju objawów.

Co do umiejscowienia zmiany, to w przypadkach typowych chodzi o szypułkę mózgową, mianowicie o jej piętro górne, t. zw. czepiec (*Haube*), względnie o większe ogniska w najbliższem otoczeniu, we wzgórku wzrokowym, wzgórkach czworaczych, przechodzące na czepiec szypułki mózgowej. Przez zajęcie jąder, lub włókien nerwu okoruchowego, w danym razie tylko częściowe, tłómaczy się całkowite, lub częściowe porażenie nerwu okoruchowego po tej samej stronie; przez zajęcie dróg ruchowych niedowład połowiczy i ruchy mimowolne po stronie przeciwnej. W niedowładzie połowiczym nie chodzi wyłącznie o drogi piramidalne, jak bowiem świadczy drugi przypadek Halbana i Infelda, drogi te mogą być zupełnie nietknięte. Musimy więc przypuszczać, że przewodzenie pobudek woli jest czynnością złożoną, w której pośredniczą oprócz dróg piramidalnych i inne pozapiramidalne pasma, mianowicie według przypuszczenia Antona ruchowa droga czepcowa i droga idąca od kory i zwojów podstawowych do móżdżku przez t. zw. ramię łączne (*Bindearm*). Niedowład obejmował niekiedy i twarz, lub przynajmniej po stronie niedowładnej ruchy mimiczne, np. uśmiech, były widocznie upośledzone.

Ruchy mimowolne odnoszono początkowo do pewnych ściśle umiejscowionych ognisk. Przypuszczenie to nie dało się jednak długo utrzymać wobec różnorodności w umiejscowieniu zmian, jakie napotykano w poszczególnych przypadkach. W nowszych czasach zaczęto zatem przyjmować dotknięcie pewnych dróg ruchowych. I tak Kahler i Pick przyjmowali podrażnienie dróg piramidalnych: Monakow uszkodzenie, względnie podrażnienie, połączeń między wzgórkiem wzrokowym, a korą mózgową; Gowers, Bonhoeffer i inni uszkodzenie połączeń między móżdżkiem, a korą; Muratow i Anton — połączeń między wzgórkiem wzrokowym, a móżdżkiem. Według Halbana i Infelda oba ostatnie przypuszczenia nie wykluczają się wzajemnie, gdyż może chodzić zarówno o uszkodzenie dróg ruchowych odmóżdżkowych, jak ściśle z niemi czynnościowo-złączonych domóżdżkowych. Oba te rodzaje dróg przebiegałyby w ramieniu łącznem (*Bindearm*) i przechodziłyby przez jądro czerwone. Bardzo dowodowym pod tym względem jest przypadek Bonhoeffera, gdzie ognisko, rak ściśle odgraniczony, zajmowało wyłącznie skrzyżowanie ramion łącznych (*Bindearmkreuzung*), a objawy polegały na ruchach pląsawiczych w całem ciele. Wielkiej wagi jest także i drugi przypadek Halbana i Infelda. Tu chodziło o przypadek długotrwały. Ognisko zajmowało głównie jądro czerwone, towarzyszyło mu zwyrodnienie ramienia łącznego w kierunku ku móżdżkowi aż do jądra zębatego (*nucleus dentatus*).

Poszczególne objawy zbioru objawów Benedikta występują w różnym porządku. Najczęściej pierwszym objawem jest porażenie nerwu okoruchowego, potem rozwija się niedowład połowiczy po stronie przeciwnej i ruchy mimowolne. W innych znów przypadkach ruchy te pojawiają się jako pierwszy objaw, niedowład może być bardzo nieznaczny, a porażenie nerwu okoruchowego występuje później i nieraz ogranicza się, jak w naszym przypadku, tylko do niektórych gałązek, co tłómaczy się rozmieszczeniem jąder dla poszczególnych mięśni na dość znacznej stosunkowo przestrzeni.

Ruchy mimowolne obejmowały górną i dolną kończynę, niekiedy, z początku zwłaszcza, tylko jedną, szczególniej górną; rzadziej zajętą była twarz i język. Ruchy te miały różny charakter. Najczęściej chodziło o drżenie, lub drgania. Przypominać one miały niejednokrotnie stale się utrzymujące drżenie przy drżączce (*paralysis agitans*), częściej jednak drżenie przy stwardnieniu rozsianem, ustępujące w spoczynku i we śnie, pojawiające się przy ruchach zamierzonych i potęgujące się pod wpływem wzruszenia. W przebiegu choroby zauważano często wahania w natężeniu drżenia, lub zupełne nawet ustępowanie, szczególnie podczas przebywania ostrych chorób wysypkowych, jak ospy wietrznej, płonicy. Do ruchów takich niesłusznie stosuje się nazwę pląsawicy, lub atetozy połowiczej. W pewnych przypadkach spostrzegano jednak nieraz obok drgań, ruchy całemi kończynami, przypominające ruchy pląsawicze i ruchy na obwodzie kończyn, w rękach, palcach, podobne do atetotycznych.

Niedowład połowiczy miał zwykle cechę niedowładu kurczowego i odruchy głębokie były najczęściej podwyższone. Często jednak odruchy były niezmienione, a nawet w dwóch przypadkach po obu stronach zupełnie zniesione. Odruchy skórne zachowywały się jeszcze bardziej niestale. Odruchu Babińskiego nie notowano w żadnym przypadku.

Czucie prawie zawsze było prawidłowe i to tak powierzchowne, jak głębokie. Kończyny niedowładne okazywały niekiedy zmiany naczynioruchowe, były sinawe i chłodniejsze.

Z innych objawów notowano w niektórych przypadkach lekkie zboczenia mowy, jak mowę powolną, lub zacinającą się, osłabienie wzroku i słuchu, pochylenie głowy na jedną stronę, niezborność, niezborność móżdżkową, cukromocz.

Ogólne objawy guza mózgowia były prawie we wszystkich przypadkach zaledwie zaznaczone. Inteligencya prawidłowa, wymiotów, bólów głowy, zawrotów, ogólnych drgawek — nie uważano. Dno oka tylko w paru przypadkach okazywało przekrwienie lub zapalenie tarczy nerwu wzrokowego.

Kończąc ten przegląd, podniosę jeszcze, że obok przypadków z typowem skrzyżowaniem objawów, spostrzegano przypadki z objawami obustronnymi. I tak nerw okoruchowy może być dotknięty częściowo lub całkowicie po obu stronach, a nawet porażenie lub niedowład może objąć i inne nerwy oczne, jak bloczkowy i odwodzący. Tłómaczy się to okolicznością, że ognisko nie jest ściśle jednostronne i dotyka na dnie wodociągu Sylwiusza także jąder strony przeciwnej i jąder niżej umieszczonych; lub też, jak to Halban i Infeld przypuszczają w swoim przypadku, że zajęte są niem drogi spojrzenne (*Blickbahn Spitzera*), przebie-

gające w wiązce podłużnej tylnej (*fasciculus longitudinalis posterior*). Także ruchy mimowolne mogą być obustronne, jak we wspomnianym przypadku Bonhoeffera.

Trwanie choroby, jeżeli pominiemy wspomniane przypadki długotrwałe, wynosiło zazwyczaj kilka miesięcy. Bezpośrednią przyczyną zejścia śmiertelnego było niejednokrotnie rozwinięcie się zapalenia gruźliczego opon.

W naszym przypadku musieliśmy przyjąć za podstawę zbioru objawów Benedikta guz gruźliczy w czepcu szypułki mózgowej po stronie lewej i to względnie wysoko umieszczony, gdyż ze wszystkich gałązek nerwu okoruchowego dotknięta była wyraźnie tylko gałązka dla dźwigacza powieki lewej. Za przyrodą gruźliczą guza przemawiało obok dziecięcego wieku, rozwinięcie się następowe zapalenia opon gruźliczego, a stwierdzony przy nakłuciu lędźwiowem wielojądrzasty wzór cytologiczny świadczyć mógł także, jak to na innem miejscu już podnosiłem [2]), [3]), że zapalenie rozwinęło się na tle starszych zmian gruźliczych mózgowia i opon.

Badanie pośmiertne dokonane w zakładzie anatomii patol. U. J. przez kol. Glińskiego, stwierdziło obok zmian gruźliczych w gruczołach, płucach, kiszkach, rozsianej gruźlicy prosówkowej i guzkowej w różnych narządach miąższowych, guz gruźliczy wielkości orzecha włoskiego w dolnej części wzgórka wzrokowego lewego i w czepcu szypułki mózgowej, wreszcie zapalenie gruźlicze opon.

II.

Stanisław W., lat $4^1/_2$, ze Skawiny, przyjęty do kliniki dnia 27/IX 1902, + dnia 23/XII 1902.

Wywiady: Przed 2 miesiącami zauważyła matka, że dziecko, dotychczas zupełnie zdrowe, zaczęło źle chodzić. Trudności w chodzeniu wzmagały się coraz bardziej tak, że w końcu chód bez pomocy stał się zupełnie niemożliwym; to też dziecko od 12 dni nie opuszczało łóżka. Towarzyszą temu stanowi bóle głowy, umiejscawiane w okolicy oczodołów, niespokojny sen przerywany zrywaniami się, wymioty, bezwiedne oddawanie stolca.

Stan obecny: Chory dość dobrze zbudowany i odżywiony. Gruczoły chłonne nieznacznie tylko powiększone. W narządach wewnętrznych klatki piersiowej i brzucha nie można stwierdzić żadnych zboczeń fizykalnych. Wszystkie objawy odnieść można do układu nerwowego.

W wyrazie twarzy można zauważyć osłupienie, a władze umysłowe są wyraźnie przytępione. Chory jest jednak zupełnie przytomny i można z nim rozmawiać. Mowa jest wolna i zacinająca się (skandująca). Ból głowy utrzymuje się stale z mniejszem lub większem nasileniem, chory umiejscawia go w okolicy czołowej. Wymioty mają cechę wymiotów mózgowych, pojawiają się bowiem na czczo bez poprzedzających nudności. Opukiwanie czaszki daje odgłos czerepowo-bębenkowy, podobny do odgłosu przy opukiwaniu pustego pudła. Tętno zwolnione, 68, ale regularne. Badanie dna oka (kol. Brudzewski) wykazuje obustronną tarczę zastoinową.

Obok tych objawów, które musieliśmy pojmować jako ogólne objawy guza mózgowego, były jeszcze następujące.

Źrenica lewa nieco szersza, niż prawa; obie oddziałują na światło leniwo. Język okazuje drżenie, ale nie zbacza na żadną stronę. Wszystkie kończyny okazują drżenie, szczególnie wybitne w kończynach górnych, zmniejszające się w spoczynku, ustępujące we śnie. Kończyny są sztywne, odruchy kolanowe znacznie wzmożone, odruch stopowy kloniczny po obu stronach bardzo wybitny. Odruch Babińskiego (ruch wyprostny 1-go członka palca dużego przy drażnieniu wewnętrznego brzegu podeszwy) po obu stronach zaznaczony. Chód przy podtrzymywaniu chorego ma cechę porażenno-kurczową. Nie podobna jest stwierdzić zataczania się wobec tego, że chory się na nogach sam utrzymać nie może. Czucie prawidłowe.

Chodziło niewątpliwie o guz mózgowia. Ażeby dowiedzieć się coś o jego przyrodzie, zastosowano próbę tuberkulinową. Dnia 8/X zastrzyknięto 0,0003 tuberkuliny wyrobu Bujwida. Chory, którego ciepłota nigdy przedtem nie przenosiła 37·0°, okazywał w 7 godzin najwyższe wzniesienie ciepłoty: 37·8°. Dnia 10/X zastrzyknięto 0,001 tuberkuliny: w cztery godziny ciepłota wzniosła się do 37·3°. Dnia 14/X zastrzyknięto 0,003 tuberkuliny. Ciepłota wznosi się powoli i osiąga po 10 godzinach 39·4°, poczem następuje powolny spadek. Mimo to, że oddziaływanie na tuberkulinę nie było zupełnie typowe, przecież zdawało się, mianowicie wobec ostatniego odczynu, że należy je uważać za dodatnie.

W przebiegu nie zauważono wybitniejszych zmian, tylko odruch Babińskiego stał się bardzo wyraźnym. Niekiedy pojawiały się obfite wymioty. Wobec tego, że stan się nie zmieniał, zostaje chory przeniesiony dnia 15/XII na oddział rezerwowy. W kilka dni potem następuje tam nagle zejście śmiertelne bez żadnych objawów, któreby to pozwoliły przewidzieć.

Rozpoznanie kliniczne brzmiało: guz gruźliczy mózgowia. Co do umiejscowienia, to można było wypowiedzieć tylko przypuszczenia. Niedowład kurczowy wszystkich kończyn, odruch Babińskiego po obu stronach, przemawiający za zajęciem anatomicznem dróg piramidalnych, pozwalały przypuszczać, że ognisko umieszczone jest tam, gdzie drogi piramidalne obu stron umieszczone są blisko siebie, lub bezpośrednio się stykają, a więc na wysokości mostu Varola lub czwartej komory. Drżenie we wszystkich kończynach i w języku przemawiało, jak to omówiliśmy w poprzednim przypadku, za upośledzeniem obustronnem dróg, łączących móżdżek z korą i zwojami podstawowymi.

Badanie pośmiertne, dokonane w zakładzie anatomii patologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego przez kol. Ciechanowskiego, wykazało glejaka wielkości prawie jaja kurzego, wypełniającego czwartą komorę, a wychodzącego z dolnego robaka móżdżku i jako zmianę następową znacznego stopnia wodogłowie wewnętrzne. Objawy ze strony dróg piramidalnych i dróg odmóżdżkowych i domóżdżkowych należało tłómaczyć zatem działaniem guza na odległość przez ucisk, lub obrzęk.

W całym ustroju chorego nie znaleziono mimo dokładnego przeszukania najmniejszych zmian gruźliczych, co dowodzi, że na dodatnim wyniku próby tuberkulinowej nie zawsze można polegać, zwłaszcza, gdy odczyn wypada nie zupełnie typowo. Wynik dodatni próby w przypadku podobnym do naszego należy więc zużytkowywać z wielką ostrożnością. Musimy się bowiem liczyć nietylko z tem, że mogą istnieć ukryte ogniska gruźlicze, np. w gruczołach chłonnych, będące podstawą dodatniego wyniku próby, podczas gdy ognisko, o które chodzi, nie jest przyrody gruźliczej, ale nawet i z tą możliwością, że wynik może być dodatnim w ustroju zupełnie gruźlicą niedotkniętym.

Przypadek opisany okazuje pewne podobieństwo do przypadku Brüninga [4]), w którego artykule znachodzimy także zestawienie przypadków guzów czwartej komory, znanych z piśmiennictwa. Chodziło w nim o glejak wielkości jaja kurzego, wychodzący z wyściółki komory czwartej i o następowe wodogłowie wskutek zatkania przewodu Sylwiusza. Obok ogólnych objawów guza, wśród których jednak brakowało tarczy zastoinowej i zwolnienia tętna, spostrzegano w tym przypadku także drżenie rąk i nóg, podwyższenie

odruchów ścięgnistych, kurczowy odruch stopowy. Prócz tego spostrzegano przechylenie głowy ku stronie lewej, wysunięcie lewej łopatki przy chodzie i chód zataczający się, co mogło skłaniać do przyjęcia guza móżdżku, względnie tylnego zagłębia czaszkowego. Końcowe jednak objawy: gorączka, sztywność karku, wymioty, zgrzytanie zębami, podwyższenie odruchów, później porażenie kończyn, wreszcie oddychanie według typu Cheyne-Stokesa podały w wątpliwość pierwotne rozpoznanie i chociaż nie pozwoliły wykluczyć guza, skłoniły jednak autora do przyjęcia raczej zapalenia gruźliczego opon. Przypadek ten najlepiej dowodzi, na jak wielkie trudności można napotkać przy guzie czwartej komory. Rozpoznanie mogło było niewątpliwie rozstrzygnąć badanie płynu mózgowo-rdzeniowego. Wynik nakłucia lędźwiowego w przypadku Brüninga był jednak ujemnym. Być może było to w związku z zatkaniem przewodu Sylwiusza.

Piśmiennictwo. 1) H. v. Halban und M. Infeld: Zur Pathologie der Hirnschenkelhaube. (Arbeiten aus dem neurolog. Inst. an der Wiener Univ. IX. Heft. Leipzig und Wien 1902). — 2) Lewkowicz: O etyologii zapaleń mózgowo rdzeniowych i znaczeniu rozpoznawczem nakłucia lędźwiowego. (Przegląd lekarski 1900, Nr. 48—52). — 3) Lewkowicz: De la valeur des données cytologiques pour le diagnostic des épanchements inflammatoires. (Extrait des Bull. de la Société de Pédiatrie de Paris. Fev. 1902). — 4) Bruening: Zur Kasuistik der Tumoren im 4. Ventrikel. (Jahrbuch für Kinderheilkunde. 55. Band. S. 647).

II. Teorya mechanizmu trzeciego okresu porodowego.

Podał

Dr. Adolf Wątorek.

Chcąc zrozumieć dokładnie mechanizm 3-go okresu, należy się w pierwszej linii zastanowić nad zmianami, jakim ulega popłód w czasie 1-go i 2-go okresu porodu. Proces bowiem odklejania i wydalania popłodu rozpoczyna się już w czasie porodu płodu, a u pierwiastek nawet w końcu ciąży, gdzie szyja w znacznej części rozciąga się, a dolna część jaja płodowego odkleja i wyciąga o tyle, aby wystarczyło dla wytapetowania powiększonej przez to jamy macicy.

Zachowanie się popłodu w czasie pierwszego okresu porodu. Macica z początkiem porodu jest wiotkim workiem mięsnym, wyklejonym popłodem, wypełnionym wodą płodową, który od czasu do czasu ulega skurczom okresowym. Przyjąłem, iż układ włókien mięsnych w tym stanie macicy jest analogiczny, jak w macicy pierwszych chwil połogu. Wyobraźmy sobie skurcz tak utkanego worka mięsnego. Ponieważ każda komórka mięsna w czasie skurczu grubieje, a maleje na długość, więc włókna podłużnie przebiegające usiłują wymiar długości jamy macicy zmniejszyć, okrężne — obwód ścieśnić, a skośne dwa punkty, których dwa końce komórek dotykają, zbliżyć do siebie. Wobec bardzo znacznej łatwości, z jaką mogą się włókna mięsne macicy przemieszczać, jama worka mięsnego musiałaby pod wpływem bolu raptownie się zmniejszyć. Temu atoli przeszkadzają wody płodowe, które są nieściśliwe; wobec czego skurcz muskulatury, nie mogąc spowodować odpowiedniego zmniejszenia się jamy macicy, wywołuje podwyższenie parcia w wodach płodowych. Fizyka poucza, że płyn zamknięty w naczyniu, poddany w pewnym punkcie ciśnieniu, rozprowadza to ciśnienie równomiernie na każdą cząstkę całej powierzchni; jakkolwiek zatem różne partye ścian macicy z różną siłą cisną na odpowiednie partye wód, zależnie od ułożenia włókien i grubości warstwy mięsnej, to w rezultacie w całym worku płodowym ciśnienie wód jest wszędzie jednakowe.

Ciśnieniu wód w jamie macicy przeciwdziałają: 1. oporność błon i łożyska na rozciągnięcie; 2. elastyczność otrzewnej; wreszcie 3. ściana mięsna macicy, a to w dwojaki sposób: *a*) bierny, zależny wyłącznie od grubości warstwy mięsnej, bez względu na ułożenie włókien i *b*) dynamiczny. Włókna mięsne przeciwdziałają parciu wód w czasie skurczu w sposób następujący: włókna okrężnie przebiegające, starając się w czasie skurczu zwęzić jamę worka mięsnego, działają pełną siłą skurczu w kierunku wprost odwrotnym od kierunku działania parcia wód; włókna skośnie przebiegające przeciwdziałają parciu wód tylko jedną ze składowych części swej siły; włókna zaś podłużne dynamicznie nie przeciwdziałają parciu wód, rozciągającemu macicę, bo kierunek ich siły jest prostopadły do kierunku parcia wód, a więc składowa, przeciwdziałająca parciu, równa jest zeru. Włókna podłużnie więc przebiegające mogą tylko biernie przeciwdziałać parciu wód.

Uprzytomniwszy sobie siły, działające w czasie skurczu macicy, łatwo pojmiemy następstwa. Dno, trzon i okolica pierścienia skurczowego mają tak ułożone włókna mięsne, że dynamicznie mogą skutecznie przeciwdziałać parciu wód, a więc i rozciągnięciu ścian odpowiedniej partyi macicy. Inaczej z dolnym odcinkiem: choćby ściana dolnego odcinka przed rozpoczęciem się czynności porodowej nie była cieńszą, a więc biernie taksamo oporną, jak ściany dna i trzonu, oraz okolicy pierścienia skurczowego, to ponieważ tu w czasie skurczu odpada czynnik, dynamicznie przeciwdziałający parciu wód, dlatego, iż warstwa mięsna składa się prawie wyłącznie z włókien podłużnych, to ściana jego musi ulegać rozdęciu. Im bliżej ujścia zewnętrznego szyi macicy, tam spotykamy niekorzystniejsze warunki w budowie ściany dolnego odcinka dla skutecznego oporu parciu wód. Wobec tego: w czasie skurczu ściana dolnego odcinka wraz z błonami go wyklejającemi rozciąga się i to tem więcej, im bliżej ujścia wewnętrznego szyi, a skurcz wypycha większą ilość wód do dolnej części worka płodowego, oczywiście kosztem ilości wód w jamie trzonu i dna, w następstwie czego obie te części wraz z okolicą pierścienia skurczowego częściowo mogą się ściągać, a wskutek tego ściany ich grubnąć.

Gdy ból minie, a ściana macicy może teraz przeciwstawić tylko bierny opór parciu wód, jakie pewien czas musi trwać w macicy wskutek uprzedniego skurczu, to również trzon z dnem i okolica pierścienia skurczowego przedstawia lepsze warunki dla oparcia się rozciągnięciu, aniżeli dolny odcinek, bo te części stały się grubsze w czasie skurczu tak, że zmiana jamy macicy, oraz zmiana w ugrupowaniu włókien, wywołana skurczem, nawet w czasie spoczynku włókien mięsnych macicy, musi się do pewnego stopnia utrzymać. Następny skurcz więc zastaje warunki jeszcze korzystniejsze dla ściągania się trzonu dna i okolicy pierścienia skurczowego, a dla rozdęcia dolnego odcinka. W czasie rozkurczów macicy i przerwy między bolami, parcie wód opada bardzo nizko, albowiem tylko jedynie elastyczna otrzewna, nieco rozciągnięta w dolnym odcinku, mogłaby mieć wpływ na podwyżkę parcia wód. Ponieważ trzon

z dnem i okolica pierścienia skurczowego po każdym skurczu coraz więcej stają się grubszymi, nie zmieniając zasadniczo ułożenia włókien, więc w każdym następnym skurczu muszą tem silniej przeć na odpowiednią partyę wód, a przez to wywoływać tem większe ciśnienie wód w całym worku płodowym. W miarę więc czasu trwania 1-go okresu porodu coraz to więcej rozdyma się dolny odcinek i to im niżej, tem więcej, a coraz to więcej ściąga się okolica pierścienia skurczowego, trzon i dno. Następstwem tego faktu popłód, przymocowany do wewnętrznych ścian macicy, wyciąga się w dolnym odcinku, zaś wyżej, w okolicy pierścienia skurczowego, trzonie i dnie fałduje się.

Partye dolnego odcinka, sąsiadujące z ujściem wewnętrznem szyi, ulegając rozdęciu w czasie skurczów okresowych, starają się to ujście wewnętrzne rozciągnąć wprost na tejsamej zasadzie, na jakiej powiększa się otwór, wycięty w płaskiej płycie gumowej, jeżeli ta ulega rozciągnięciu. W miarę trwania akcyi porodowej, kanał szyi z walca szerszego w środku, staje się stożkiem z coraz to szerszą podstawą, a mniejszą wysokością, ujście wewnętrzne szyi (objawowe, nie anatomiczne) w miarę bolów zmienia niejako swoje położenie, t. zn., coraz więcej przybliża się do ujścia zewnętrznego macicy; kanał szyi skraca się coraz więcej, aż wreszcie ujście wewnętrzne szyi objawowe, schodzi się z ujściem zewnętrznem, czyli cała szyja ulega całkowitemu rozdęciu. Z tą chwilą brzegi ujścia zewnętrznego zaczynają cieńczeć coraz to więcej, a ujście zewnętrzne rozwierać się, albowiem ciśnienie wód, rozciągając ściany dolnego odcinka i rozdętej szyi, rozciąga przez to samo i ujście zewnętrzne.

Rola błon płodowych przy tym procesie zaniku szyi i rozszerzaniu ujścia zewnętrznego przedstawia się następująco: Błony płodowe, sąsiadujące z ujściem wewnętrznem szyi, w miarę rozszerzania się ujścia wewnętrznego szyi odklejają się na pewnej przestrzeni od ścian dolnego odcinka, rozdymają się i przez rozszerzone ujście wewnętrzne szyi przemieszczają się do rozszerzonego kanału szyi, tapetując jego ściany na pewnej przestrzeni. Dolny odcinek posiada mięśnie podłużne, które w czasie skurczów skracając się, starają się nawdziać szyję na pęcherz. Pomocniczo więc potęgują działanie trzonu i dna w wywoływaniu zaniku szyi i rozszerzaniu ujść. Wobec potęgi działania muskulatury trzonu i dna, rola tych mięśni schodzi w tym przypadku na pomocniczą. Mięśnie te atoli mają jeszcze inne, ważniejsze działanie. Wobec rozdęcia ścian dolnego odcinka błony, wyklejające go, również rozciągnąć się muszą. Gdyby ujście wewnętrzne szyi było niepodatne, lub zarośnięte, to ani szyja nie mogłaby uledz zanikowi, ani błonyby się nie odkleiły, albowiem błona doczesna zagięta uległaby rozciągnięciu, ale między punktami przyczepu błon do wewnętrznej powierzchni macicy nie mogłoby nastąpić przemieszczenie. Skoro atoli ściany szyi zaczynają się rozdymać, a błonom przybywa coraz to nowa powierzchnia do okrycia, stosunek się zmienia; błony sąsiadujące z szyją muszą dostarczyć materyału do wytapetowania szyi, a rozwiązują to zadanie 1) przez wyciągnięcie się błon, 2) przez odklejenie się coraz to nowych partyj błon od ścian dolnego odcinka. Odklejenie zaś błon tem łatwiej nastąpi, im bardziej muskulatura dolnego odcinka, skracając się, spotęguje w czasie skurczu niestosunek między powierzchnią wydętych silnie błon, a powierzchnią wewnętrzną dolnego odcinka. Muskulatura podłużna dolnego odcinka, skracając się, pomaga do odklejania błony, a więc pomaga do dostarczenia materyału, wytwarzającego pęcherz. W następstwie rozciągnięcie błon, wywołane parciem wód, rozchodzi się równomiernie na większy kawał odklejonych błon, przez co ścieńczenie pęcherza, a co za tem idzie i pęknięcie jego, nie następuje tak szybko. Gdyby dolny odcinek nie miał tego urządzenia odklejającego błony, parcie wód, samo odklejając i wyciągając błony tylko w najniższej części sąsiadującej z szyją, musiałoby doprowadzić do szybkiego ścieńczenia ich i przedwczesnego pęknięcia pęcherza, zanimby się mogło ujście zewnętrzne całkowicie rozszerzyć. Krótko mówiąc: Najniższa część pęcherza płodowego odgrywa rolę peryodycznie pęczniejącego rozszerzadła dla rozszerzenia ujścia wewnętrznego szyi i ujścia zewnętrznego macicy, muskulatura podłużna zaś dolnego odcinka pomaga tworzyć z tychże błon coraz to grubsze dylatatoryum.

Jak wysoko odklejają się błony w dolnym odcinku w czasie 1-go okresu porodu? Fizyologicznie, odklejenie się błon w dolnym odcinku nie może przekroczyć okolicy pierścienia skurczowego, albowiem od tej części macicy wzwyż niema tych warunków dla odklejania się błon, które są w dolnym odcinku. Popłód w tej okolicy nie tylko nie ulega wyciągnięciu, ale owszem sfałdowaniu, a to ostatnie w warunkach fizyologicznych za mało jest wydatne, aby mogło mieć wpływ na odklejenie się popłodu.

W warunkach patologicznych: *a*) Jeżeli błony są cienkie lub kruche, pęcherz nie doszedłszy do odpowiednich rozmiarów i nie spełniwszy swego zadania, pęka za wcześnie, a z tą chwilą odklejanie się dalsze błon ustaje. Błony więc są w dolnym odcinku odklejone na nieznacznej przestrzeni. *b*) Jeżeli błony są grube i oporne, pęcherz mimo całkowitego rozwarcia się ujścia wewnętrznego macicy nie pęka, albowiem nie cieńczeje tak szybko. W przypadkach takich, pozostawionych siłom natury, pęcherz wzróść może tak dalece, iż może dochodzić aż do ujścia zewnętrznego pochwy i rozwierać szparę sromową. Oczywiście, że na wytworzenie się tak dużego pęcherza potrzeba było dużych partyj błon, a co za tem idzie, błony musiały się na znacznej przestrzeni od ścian dolnego odcinka odkleić, tem więcej, że grube błony są mało rozciągliwe. Jak wysoko postąpi w tych przypadkach odklejenie błon, czy przekroczy okolicę pierścienia skurczowego? Do dużego pęcherza wylewa się dużo wód z trzonu i dna, wobec czego dno, trzon i okolica pierścienia skurczowego ściągają się, co klinicznie cechuje się tem, że pierścień skurczowy podnosi się ku górze. Następstwem tego musi być już znaczniejsze sfałdowanie się popłodu w tych częściach macicy. Jeżeli sfałdowanie takie dojdzie do bardzo wysokiego stopnia, może nastąpić odklejenie się w tych częściach jaja płodowego, a następnie wydalenie w całości jaja płodowego przez pierścień skurczowy do jamy dolnego odcinka, a stąd do pochwy i na zewnątrz. Przebieg taki jest dla płodu w późniejszych miesiącach ciąży nieskończenie rzadkim wyjątkiem, natomiast jest on regułą dla porodu jaja płodowego zdrowego w 4-ch pierwszych miesiącach ciąży, bo gdy błony młodego jaja płodowego są kruche, np. zmacerowane i tu następuje poród 2 czasowy. W razie zatem nad-

miernie grubych błon płodowych dopiero wtedy możliwe jest odklejenie błon od okolicy pierścienia skurczowego, gdy tu takie zajdą warunki dla odklejania się popłodu, jakie w warunkach fizyologicznych spotykamy dopiero w 3-cim okresie. Z reguły odklejenie błon dochodzi tylko do okolicy pierścienia skurczowego. *c*) Niepodatność ujścia zewnętrznego macicy ma to znaczenie, że błony stają się niejako wzmocnione o grubość ścian rozdętej szyi, a więc przebieg jest analogiczny jak w wypadku pod *b*). Często zjawisko porodu całego jaja płodowego do rozdętej szyi obserwuje się przy poronieniach.

Z powyższego rozbioru dochodzimy do przekonania, że w 1-ym okresie porodowym odklejenie błon w dolnej części jaja płodowego nie przekracza nigdy dolnej granicy okolicy pierścienia skurczowego.

Zachowanie się popłodu w 2-gim okresie porodu, t. j. od chwili pęknięcia pęcherza płodowego aż do chwili porodu dziecka. W czasie 1-go okresu porodu dno, trzon i okolica pierścienia skurczowego ściągnęły się częściowo i zgrubiały, wskutek czego wystąpił objaw kliniczny, zwany pierścieniem skurczowym. Cały kanał rodny kobiety dzieli się na 2 części: górną, tak zw. *Hohlmuskel*, dolną, t. z. *Durchtrittsschlauch* Schrödera. *Durchtrittsschlauch* = dolny odcinek + rozdęta całkowicie szyja + pochwa. W czasie trwania 2-go okresu opróżnia się *Hohlmuskel* coraz więcej, a w miarę opróżniania ściąga się, zaś *Durchtrittsschlauch* rozciąga się coraz więcej dla pomieszczenia coraz to większej ilości części płodu. Dzieje się to bez względu na wszystko. Ściąganie się dna, trzonu i okolicy pierścienia skurczowego postępuje pod wpływem bolów okresowych (zresztą według tych samych prawideł, co i w 1-ym okresie porodu) bez względu na to, czy płód może wyjść na zewnątrz przez kanał miednicy, czy nie.

Co do popłodu, to pewna część błon, wyklejająca w ciąży dolny odcinek, została w czasie 1-go okresu odklejona. Zresztą całe wnętrze okolicy pierścienia skurczowego, trzonu i dna są wytapetowane przyrosłym popłodem. W 2-gim okresie porodu popłód, wyklejający *Hohlmuskel*, spotyka się już z warunkami o wiele silniej posuniętymi, lecz zresztą tymi samymi, które widzieliśmy w 1-ym okresie, a które później jeszcze silniej wyrażone w 3-im okresie spowodują jego odklejenie i wydalenie.

Jeżeli okres 2-gi przeciągać się będzie, czy to z powodu nadmiernego rozwoju płodu albo nieprawidłowego jego ułożenia, czy z powodu ścieśnienia miednicy, trzon i dno macicy ściągają się coraz więcej, wypchną płód poza pierścień skurczowy, niepytając się o następstwa dla matki i płodu, poczem usuną ze swego wnętrza wody, jeżeli te wogóle były, a następnie popłód. Jednem słowem w warunkach patologicznych mogą się w 2-gim okresie wytworzyć warunki takie same, jakie fizyologicznie spotykamy dopiero w 3-cim okresie. Oczywiście odklejanie się popłodu na znaczniejszej przestrzeni powoduje śmierć dziecka przez uduszenie, a matkę naraża na utratę krwi z powodu krwotoków z miejsca łożyskowego.

W warunkach fizyologicznych 2-gi okres trwa za krótko, aby się mogło wytworzyć tak znaczne ściągnięcie się trzonu, żeby aż wystarczył do odklejenia łożyska, chyba dopiero w ostatnich chwilach 2-go okresu, gdy dziecko przechodzi przez szparę sromową, ale wtedy nie przynosi to szkody, bo w razie gdyby się te ostatnie chwile 2-go okresu nieco przeciągały, dziecko urodzi się tylko nieco omdlałe.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw. lwowskiego Prof. Dra Marsa.

Postępowanie wobec poprzecznych zaniedbanych położeń płodu.

Podał

Docent Dr. Franciszek Kośmiński.

(Ciąg dalszy).

Przodowanie barku z wypadnięciem lub bez wypadnięcia rączki jest niejako typowym i najczęstszym stanem, jaki spotykamy w przypadkach poprzecznych zaniedbanych położeń płodu. Zawsze prawie przydarza się takie ułożenie płodu w przypadkach wybitnie zaniedbanych, w których czynność porodowa trwa już bardzo długo, a wówczas płód zazwyczaj okazuje niejako dążność do ustawienia się w ten sposób, jakby miał się rozpocząć mechanizm dobrowolnego wytoczenia jego. Rzadziej już spotykamy w polu badania w przypadkach położeń poprzecznych zaniedbanych, jako część płodu najniżej ułożoną, a więc najwięcej dostępną: boczek klatki piersiowej, grzbiet, brzuszek lub wreszcie szyjkę płodu. Wogóle ułożenie pojedynczych części płodu względem siebie może być w położeniach poprzecznych zaniedbanych bardzo rozmaite, czasem nawet tak dziwaczne, że płód przedstawiać się może jakby zwinięty w kłąb, a nieraz możemy spotkać ułożenia, które wydawać się mogą wprost nieprawdopodobne. Wobec tego nie zupełnie słusznym i odpowiednim wydać się musi ogólnie prawie polecany sposób postępowania, aby w przypadkach położeń poprzecznych zaniedbanych płodu starać się w pierwszym rzędzie wykonać oddzielenie główki od tułowia.

Bez wątpienia dekapitacya jest zabiegiem najprostszym i najprędzej do celu prowadzącym i w przypadkach, w których szyjka płodu byłaby najwięcej dostępną częścią płodu, powinna być bezwarunkowo stosowaną. W rzeczywistości jednak, jak to już wyżej zaznaczyłem, ułożenie takie płodu, aby szyjka była najniżej, zdarza się stosunkowo bardzo rzadko. Z tego powodu zapewne niemal wszyscy autorowie, polecając wykonywanie dekapitacyi, nie żądają wcale, aby szyjka płodu była częścią najłatwiej dla ręki operatora dostępną, lecz rozpoczynając odpowiedni rozdział, piszą: jeżeli ręką do szyiki płodu dojść można,— jedni dodają: łatwo, drudzy nie,— należy wykonać dekapitacyę. Niektórzy autorowie nawet radzą w odpowiednich przypadkach starać się przez mocne pociąganie za wypadniętą rączkę obniżyć szyjkę płodu i tym sposobem niejako stworzyć sobie dopiero warunki do wykonania tego zabiegu. Mimowoli więc przychodzi się do wniosku, że w znacznej większości przypadków, chcąc postępować według wskazówek podanych w podręcznikach, musimy starać się niejako nagiąć do z góry obmyślanego typowego zabiegu, przystosować się do odmiennych warunków, a nawet musimy się niejednokrotnie starać zmienić bodaj cokolwiek ułożenie pojedynczych części płodu względem siebie. Jak już nadmieniłem, szyjka płodu tylko w nielicznych przypadkach będzie łatwo dostępną dla ręki operatora; w naj-

większej zaś liczbie przypadków przy położeniach poprzecznych zaniedbanych można się do szyjki płodu dostać po przezwyciężeniu mniejszych lub większych trudności, w poważnej zaś liczbie przypadków objęcie ręką operatora szyjki płodu, w celu wykonania oddzielenia główki od tułowia, jest bardzo trudne, lub wcale wykonać się nie daje. Że tak w rzeczywistości jest, dowodzą liczne w tym względzie spostrzeżenia różnych autorów.

I tak gorący zwolennik dekapitacyi, Pawlik, zestawiając 28 przypadków położeń poprzecznych zaniedbanych, wspomina, że w 11-tu napotkano na niezwykłe trudności przy usiłowaniu objęcia ręką szyjki płodu, a w trzech z nich wykonać musiano najpierw wytrzewienie płodu. Potocki podaje, że na 18 przypadków, w 6-ciu było bardzo trudno dostać się do szyjki płodu, a w dalszych trzech wykonano przedwstępne wytrzewienie płodu, a potem dopiero oddzielenie główki od tułowia. Na 18 przypadków, które zestawił Arens, musiano w 9-ciu wykonać wytrzewienie płodu, widocznie zatem dojście do szyjki było w nich co najmniej bardzo trudne. Dalej podaje Fehre z kliniki Fehlinga w Halli, że na 9 przypadków położeń poprzecznych zaniedbanych, w 4-ch wykonać musiano wytrzewienie, a w dwóch przypadkach napotkano na bardzo znaczne trudności, zanim zdołano dojść ręką do szyjki płodu.

Jeżeli rozpatrzymy te wszystkie przypadki razem, to zobaczymy, że na 73 przypadków położeń poprzecznych zaniedbanych, w 35-ciu, a więc prawie w połowie wszystkich przypadków, samo dostanie się i objęcie ręką szyjki płodu było bardzo trudne, albo wcale nie było możliwe. A nie godzi się zapominać, że są to spostrzeżenia i liczby, odnoszące się do operowanych w klinikach. Takie przypadki w zakładach operują zazwyczaj biegli operatorzy, a z tych zapewne niejeden nazwie szyjkę płodu jeszcze łatwo dostępną w przypadkach, w których przeciętny lekarz, praktykujący w położnictwie, napotka już na znaczniejsze trudności.

Dlatego wydaje mi się rzeczą słuszną, aby zalecać wykonywanie oddzielenia główki od tułowia tylko w przypadkach, w których szyjka płodu będzie w polu naszego badania, a więc będzie prawie najniżej ułożoną, a zatem i najwięcej dostępną częścią płodu. W przypadkach, w których szyjka płodu jest łatwo dostępną, jestem gorącym zwolennikiem dekapitacyi, gdyż jest to bezsprzecznie zabieg najprostszy i najprędzej prowadzący do celu. Nie tylko jednak nie mogę się zgodzić na to, aby ogólnie polecać stosowanie dekapitacyi o ile możności w pierwszym rzędzie we wszystkich przypadkach położeń płodu poprzecznych zaniedbanych, lecz co więcej, uważam obecnie zalecane sposoby postępowania, mające na celu oddzielenie główki od tułowia, za zabiegi względnie do wykonania trudne, szczególniej dla mniej wprawnego operatora, a często bardzo niebezpieczne dla rodzącej.

Przy użyciu narzędzi tępych, dziś przeważnie stosowanych, zmuszeni jesteśmy użyć znaczniejszej siły, aby złamać, względnie zwichnąć kręgosłup. W przypadkach dla zabiegu tego korzystnych mimo możliwie najlepszego ustalenia szyjki płodu zapomocą ręki, wewnątrz wprowadzonej, nie zawsze zdołamy uniknąć, aby często energiczne ruchy, wykonane ręką, operującą od zewnątrz, nie udzielały się płodowi za pośrednictwem narzędzia. Ruchy takie płodem wcale nie mogą być obojętne wobec znacznie rozszerzonego dolnego odcinka macicy o ścianach cienkich a z takim wobec położeń poprzecznych zaniedbanych zazwyczaj się spotykamy. Okoliczność ta dostatecznie została wyzyskaną przez przeciwników dekapitacyi zapomocą haka tępego Brauna i sądzę, że w części przynajmniej słusznie. Zestawienia statystyczne, odnoszące się do wyników po dekapitacyi zapomocą narzędzi tępych, które to wyniki na ogół wziąwszy są względnie korzystne, nie są w stanie osłabić pewnika, że znacznie ścieńczała ściana dolnego odcinka macicy łatwo uledz może przedarciu pod wpływem nawet słabego urazu, jaki powstać może czyto przez znaczniejszy ruch ręką operatora, wprowadzoną wewnątrz, czy też przez ruch narzędziem, udzielony płodowi. Jeżeli zaś do oddzielenia główki od tułowia użyjemy narzędzi ostrych, to łatwo zrozumiałą jest rzeczą, że operując w głębi na ciemno i kontrolując działanie narzędzia ostrego li tylko ręką, wprowadzoną wewnątrz, a względnie końcami palców, operator przy sumiennem kontrolowaniu ruchów narzędzia naraża na zranienie bądź swoją rękę, bądź części rodne miękkie operowanej. Przeciwnicy tego sposobu operowania wyrażają się dosadnie w ten sposób, że przy dekapitacyi zapomocą narzędzi ostrych zazwyczaj albo operowana, albo operator nie wychodzą bez szwanku.

To jedno zdaje się być niewątpliwem, że operowanie w głębi, na ciemno, kierując się tylko dotykiem, zwłaszcza przy użyciu narzędzi ostrych, jest rzeczą bądź co bądź trudną i niebezpieczną. Nabycie zaś odpowiedniej wprawy jest wprost dla ogółu lekarzy niemożliwem z powodu małej liczby przypadków, przydarzających się w zakładach naukowych i szpitalach. Jakiegokolwiek sposobu i któregokolwiek narzędzia użyjemy do oddzielenia główki od tułowia, zawsze operator musi wprowadzić swoją rękę tak wysoko do części rodnych rodzącej, aby mógł objąć szyjkę płodu. Niezbędnem jest to dla należytego wprowadzenia i założenia narzędzia, dla kontrolowania jego ruchów i działania, dalej w celu potrzebnego ustalenia, przytrzymania dotyczącej części płodu, a wreszcie w celu chronienia części rodnych rodzącej przed możliwemi obrażeniami. Ponieważ przy poprzecznych zaniedbanych położeniach obok obkurczenia się macicy około płodu, dolny odcinek macicy jest w większym lub mniejszym stopniu rozciągnięty, a ściany jego ścieńczałe, przeto przez samo wprowadzenie ręki obok płodu musi nastąpić jeszcze większe jego rozciągnięcie, a tem samem wzrasta niebezpieczeństwo, grożące z powodu możliwego pęknięcia macicy. Chcąc dekapitacyę uczynić zabiegiem mniej niebezpiecznym dla rodzącej, należałoby unikać przedewszystkiem większego rozciągania dolnego odcinka macicy, jakie przez wprowadzenie ręki powstaje; powinienby więc operator nie wprowadzać do części rodnych ręki w celu objęcia szyjki płodu, a dalej należałoby samo oddzielenie główki od tułowia wykonywać w tem ułożeniu, w jakiem się szyjka znajduje, aby o ile możności nie wykonywać znaczniejszych jakichkolwiek ruchów płodem. Oprócz tego powinien sam zabieg być jak najprostszym do wykonania tak, aby mógł być wykonywanym i przez lekarzy, nie posiadających wiele wprawy.

Mając te wszystkie okoliczności na względzie, zacząłem przedewszystkiem odsłaniać i uprzystępniać sobie jak naj-

więcej pole operacyjne, a skoro mi się to doskonale udało, ośmielony tem, że mogę operować ściśle pod kontrolą wzroku, używam obecnie bez obawy narzędzi ostrych.

Po różnych próbach i doświadczeniach, przedewszystkiem na fantomach z płodami, odpowiednio przygotowanymi i balsamowanymi, przyszedłem do przekonania, że oddzielenie główki od tułowia daje się wykonać najbezpieczniej dla rodzącej, a najłatwiej dla operatora w następujący sposób: Rodzącą układa się na łóżku poprzecznem, odpowiednio przygotowuje i oczyszcza części rodne. Następnie zapomocą łyżkowego wziernika odpowiedniej wielkości w stosunku do szerokości pochwy, a założonego na tylną ścianę pochwy, należy odsłonić dokładnie szyjkę płodu.

W przypadkach, w których pochwa jest szeroką i fałdzistą, okazuje się często potrzeba założenia na przednią ścianę pochwy drugiego wziernika łyżkowego. Po dostatecznem odsłonięciu szyjki płodu przecinam następnie zwykłym nożem chirurgicznym części miękkie szyjki w kierunku jej podłużnym, to jest wzdłuż osi ciała płodu, drążąc w głąb, o ile możności aż do kręgosłupa, na przestrzeni kilku centymetrów. W ten sposób po przecięciu otrzymujemy niejako dwa płaty z części miękkich szyjki, górny i dolny. Każdy z tych płatów ujmuje się następnie, chwytając przez całą grubość, zapomocą ostrych szczypczyków podwójnych z zamknięciem. Tak założone szczypczyki oddala się od siebie, rozchylając tem samem brzegi płatów, a to w tym celu, aby odsłonić kręgosłup. Wziernik, założony na przednią ścianę pochwy, jako zbyteczny, należy teraz usunąć. Gdy kręgosłup jest odsłonięty, gdy go widzieć możemy, wtedy silnemi prostemi nożycami przecinam tylko sam kręgosłup bezpośrednio pod kontrolą wzroku Postępowanie to wydaje mi się być łatwe i bezpieczne, gdyż części miękkie szyjki płodu zabezpieczają najzupełniej przed zranieniem części rodne operowanej. Skoro kręgosłup został przecięty, chwytam takiemi samemi jak poprzód podwójnemi szczypczykami dolną część szyjki płodu, a względnie brzegi rany, cięcia, położone bliżej klatki piersiowej, a gdy tylko możliwe i górną część widocznej odsłoniętej klatki piersiowej, uważając, aby ostrze szczypczyków ujęły nie tylko części miękkie, ale chwyciły także części twarde, to jest kości płodu, a więc dolną część przeciętego kręgosłupa, lub też żeberka z obojczykiem. Zazwyczaj wystarcza założyć w ten sposób dwie lub trzy pary takich szczypczyków, przyczem zaznaczam, że do tego celu mogą być użyte szczypczyki, założone początkowo na płatach z części miękkich szyjki, a które po przecięciu kręgosłupa jako zbyteczne mogą być zdjęte, zwłaszcza po założeniu dalszej pary szczypczyków. Gdy teraz, ująwszy razem założone w ten sposób szczypczyki, będziemy pociągać za nie równocześnie w kierunku osi miednicy matki, to pozostawione części miękkie szyjki, rozciągając się coraz więcej, mogą się wydłużyć i rozciągnąć często tak dalece, że jesteśmy niekiedy w stanie wyprowadzić na zewnątrz najpierw klatkę piersiową, poczem zaraz występują pośladki z nóżkami, a w końcu, przy użyciu znanych sposobów, możemy wytoczyć następującą główkę płodu. Albo też po założeniu szczypczyków na górną część klatki piersiowej można pociągać razem za szczypczyki nieco ku dołowi i w stronę, po której leży główka płodu; wówczas przesunie się nam klatka piersiowa nieco ku stronie główki; w polu badania, względnie widzenia naszego ukaże się nam dalsza część klatki piersiowej. Na tę część zakładamy dalsze szczypczyki, zdejmując poprzednio założone i pociągamy za nie ku dołowi w tym samym kierunku, co poprzednio, poczem zwykle udaje się wydobyć płód przez naśladowanie mechanizmu dobrowolnego wytoczenia się. Jeżeli przy pociąganiu za założone szczypczyki zmuszeni jesteśmy do użycia większej siły, to zdarzyć się może, że jedne lub drugie szczypczyki będą miały dążność do wyrwania się, względnie ześlizgiwania; wtedy należy odpowiednie szczypczyki poprawić lub nowe założyć, chwytając o ile możności wyżej i mocniej tak, aby ująć więcej ciała płodu w szczypczyki.

Jako rzecz niezmiernej wagi podnoszę, że przy tym sposobie operowania dolny odcinek macicy wcale nie zostaje rozciągany więcej, niż był przedtem, ani też nie jest narażony na uraz; a dalej zwracam uwagę na szczegół, że oprócz podłużnego przecięcia na przestrzeni kilku centymetrów, części miękkie szyjki płodu pozostają nienaruszone, a jako takie znakomicie ułatwiają w końcu wydobycie następującej główki płodu. Są to zalety tego postępowania tak ważne, że sądzę, iż bez długich wywodów zalecają mój sposób.

Czas trwania operacyi zależeć naturalnie będzie od stosunków w poszczególnych przypadkach; zwykle zabieg wykonać się daje w krótkim stosunkowo czasie, bo w przeciągu kilku minut. Zabieg sam jest tak prostym i łatwym do wykonania, że każdy lekarz, któremu nie robi trudności posługiwanie się wziernikami łyżkowymi i szczypczykami, łatwo może go wykonać.

W ten sposób przedstawia się tok operacyi oddzielenia główki od tułowia w przypadkach poprzecznych zaniedbanych położeń płodu, w których niema zarazem znaczniejszego niestosunku porodowego.

W przypadkach, w których niestosunek pomiędzy rozmiarami płodu, a wymiarami miednicy matki byłby znaczniejszy, rzeczy przedstawiają się inaczej; samo oddzielenie główki od tułowia w takich przypadkach zazwyczaj nie wystarcza i w takich razach zmuszeni jesteśmy wykonać w dalszym ciągu rzeczywiste zmniejszenie pojemności tułowia płodu, a następnie często i jego główki, w celu rozwiązania rodzącej.

Ponieważ, jak to powyżej już zaznaczyłem, szyjka płodu bardzo rzadko tylko będzie najniżej ułożoną, a zatem i najwięcej dostępną częścią płodu, przeto i dekapitacya w ten sposób wykonana należeć będzie do zabiegów nie częstych. Znacznie częściej spotykamy się z przypadkami, w których szyjka płodu, po odsłonięciu zapomocą wzierników, nie będzie widoczną w polu widzenia operatora. W przypadkach takich oddzielenia główki od tułowia mojem zdaniem wykonywać nie należy, lecz starać się przedewszystkiem uzyskać więcej miejsca, a to przez zmniejszenie objętości i rozmiarów klatki piersiowej, względnie całego tułowia płodu. W myśl przyjętej przezemnie zasady i w tych przypadkach punktem wyjścia naszego działania, a więc miejscem, na którem zabieg należy rozpoczynać, będzie zawsze część płodu najwięcej dla operatora dostępna, a więc część, która po odsłonięciu zapomocą wzierników będzie najniżej ułożona, a tem samem widoczna.

Wszyscy autorowie, mówiąc o zmniejszeniu rozmiarów tułowia, mają na myśli wydobycie i usunięcie trzew klatki piersiowej i jamy brzucha płodu; radzą więc wykonać nie-

jako wytrzewienie w ścisłem tego słowa znaczeniu. Na to zapatrywanie, a co za tem idzie i na sposób postępowania w takich przypadkach, w zupełności zgodzić się nie mogę. Przekonałem się bowiem niejednokrotnie, iż samo wydobycie narządów klatki piersiowej sprowadza tylko niewielkie jej zapadnięcie się i zmniejszenie objętości, przez co nie tak wiele miejsca zyskujemy. Daleko więcej, ba nawet bardzo wiele uzyskać możemy przez przecięcie klatki piersiowej, a więc żeber z obojczykiem, o ile możności w kierunku podłużnym do osi ciała płodu. Po takiem przecięciu stosunki w ułożeniu płodu się zmieniają, tułów daje się z łatwością wyginać i wykręcać; nawet bez wydobycia płuc i serca rozmiary i objętość klatki piersiowej znacznie się zmniejszają, gdyż przecięte żebra mogą się przesuwać i poniekąd na siebie zachodzić, w następstwie czego część poprzedzająca płodu po przecięciu klatki piersiowej zstępuje zaraz niżej. Skutkiem tego obniżenia się część poprzedzająca staje się więcej dostępną, a dalszy ciąg operacyi przebiega z łatwością prawie nie do uwierzenia. Że tak jest, każdy przekonać się może naocznie na zwłokach płodów, a występuje ten szczegół najwybitniej po przecięciu wszystkich żeber i obojczyka. Wobec tego w przypadkach położeń poprzecznych zaniedbanych, w których chcemy zmniejszyć objętość tułowia, a w szczególności klatki piersiowej, nie należy starać się tak bardzo o opróżnienie klatki piersiowej, lecz raczej dążyć do jej przecięcia wzdłuż osi podłużnej płodu. Mojem zdaniem jest to zupełnie naturalne i jasno się tłómaczy tem, że nie części miękkie stanowią przeszkodę, aby ciało płodu powoli mogło się przystosować do wymiarów miednicy matki, lecz części twarde płodu. Im większe więc w pewnym przypadku napotkamy trudności, im znaczniejszy w danym razie będzie niestosunek porodowy, tem więcej będziemy zmuszeni przeciąć części twardych płodu, aby umożliwić wydobycie płodu drogami naturalnemi.

Wobec tego, że w położeniach poprzecznych zaniedbanych ułożenie płodu może być bardzo rozmaite, ścisłego typowego kierunku, w jakim przecinać należy części twarde płodu, oznaczyć nie podobna. W każdym przypadku powinien operator postępować według własnego uznania, mając ciągle na myśli, aby przeciąć jak najwięcej części twardych płodu, nie troszcząc się o części miękkie i aby przecinać tylko to, co widzi, a więc aby operować narzędziami tylko w polu swojego widzenia. (Ciąg dalszy nast.).

IV. Wyciągi.

Wolff. **Dalszy przyczynek do prowadzenia porodu przy miednicach wązkich.** (*Arch. für Gyn.* tom 69, zeszyt 2, 1903). Przez ostatnich 10 lat (1802—1902) spostrzegano w poliklinice berlińskiej „Charité“ 581 porodów przy miednicy wązkiej, przyczem za wązką miednicę uważano tę, której wymiar prosty prawdziwy (*conj. vera*) był poniżej $9^3/_4$ ctm. Uwzględniano tylko porody płodów dojrzałych, lub prawie dojrzałych; 207 razy szło o porody z poprzedzającą główką i autor tylko te przypadki roztrząsa w niniejszej pracy. Samoistnie przebiegał poród 99 razy, czyli w stosunku do ogólnej liczby wązkich miednic 17%, w stosunku tylko do główkowych położeń płodu 33·70%. Śmiertelność płodów wynosiła 8·8%; na 99 matek umarło dwie. Do jakich granic można się zachowywać wyczekująco, świadczy sześć przypadków porodu samoistnego przy miednicach z *c. v.* $7^1/_2$—7, przyczem płody te urodziły się żywe; 147 razy ukończono poród kleszczami, 14 razy zabieg ten się nie udał. Z tego przypada 90 przypadków na kleszcze nizkie, a 71 na wysokie. Śmiertelność płodów przy kleszczach zwykłych wynosiła 5·6%, z matek żadna nie umarła; przy wysokich śmiertelność płodów = 14%, a po wliczeniu tych, które ukończono przez wymóżdżenie = 29%, z matek umarła tylko jedna. Podobnie, jak i na innych klinikach nie użyto kleszczy nigdy z powodu, lecz przy wązkiej miednicy; wskazanie powinno też być zawsze ścisłe, a jest niem tylko niebezpieczeństwo grożące płodowi, lub matce. Dłużej zatrzymuje się autor nad wartością używania wysokich kleszczy, niektórzy bowiem radzą wprost zarzucić ten zabieg i zastąpić go innym; tylko cięcie łonowe mogłoby być tym zabiegiem. Pomimo jednak znacznych postępów w tym kierunku śmiertelność matek przy tej operacyi jest większą, aniżeli przy wysokich kleszczach, a zresztą trudno ją zastosować w praktyce prywatnej, a już najmniej w poliklinice, gdzie pomocy żądają w ostatniej chwili po poprzedniem kilkakrotnem badaniu przez położną i lekarzy. W celu uniknięcia jednak nieprzyjemności przy użyciu wysokich kleszczy trzeba uwzględnić pewne warunki i zabieg ten uważać tylko jako próbę, która może się nie udać; nie należy nigdy wykonywać tego zabiegu, jeżeli u matki występują wyraźne oznaki zakażenia, ani też tam, gdzie zachodzi wielkie niebezpieczeństwo pęknięcia macicy; należy się starać, aby ujście macicy było dostatecznie rozwarte, a główka płodu ustaloną; wreszcie zabieg ten nie jest operacyą dla niewprawnych; pociągań nie należy forsować, ale kleszcze po nieudałej próbie zawczasu zastąpić trepanem. Wieloródki lepiej znoszą ten zabieg, aniżeli pierwiastki. Im ścieśnienie miednicy jest większe, tem rokowanie gorsze; przy *c. v.* poniżej $7^1/_2$ ctm. należy unikać wysokich kleszczy. Wreszcie ma wpływ także ustawienie główki płodu. Wymóżdżenie wykonano 51 razy w przypadkach grożącego, lub powstałego pęknięcia macicy, długotrwałej gorączki podczas porodu, dalej z powodu słabych bólów i ogólnego osłabienia matki (po nieudałej próbie kleszczami), wreszcie przy wypadniętej pępowinie i nieżywym płodzie. Tylko 6 płodów żyło pewnie przed wymóżdżeniem, z matek zaś umarło 3, dwie wskutek pęknięcia macicy, jedna z zakażenia, stanów istniejących przed operacyą; wskutek samego zabiegu żadna. Zastąpienie wymóżdżenia na żywym płodzie cięciem cesarskiem możliwem jest tylko w klinice i to nie we wszystkich przypadkach. W II. rozdziale zestawione są wyniki porodów z poprzedzającą główką przy miednicach wązkich w stosunku do liczby poprzedzających porodów. Na 297 porodów odbył się on 142 razy u pierwiastek, 155 u wieloródek. Na podstawie dat statystycznych wynika, że konieczność założenia kleszczy nizkich maleje w miarę wzrostu liczby porodów poprzedzających, tutaj z 47·5% u pierwiastek na 0·%, u wieloródek na odwrót, użycie kleszczy wysokich wzrasta w miarę liczby porodów poprzedzających, tutaj z 27% u pierwiastek na 41·2% u wieloródek; ten sam stosunek dotyczy i obrotów: z 14% u pierwiastek wzrasta ich liczba u wieloródek do 59·%; widzimy więc, że w miarę zwiększającej się liczby porodów przy miednicach wązkich stają się one coraz cięższe. Przyczyny tego należy szukać w tem, że pierwiastki łatwiej i szybciej przezwyciężają zwężony wchód miednicy, aniżeli wieloródki; u tych bowiem i główka płodu jest większą i twardszą, bóle zaś słabsze, szybciej wytwarza się pierścień skurczowy, praca tłoczni brzusznej jest słabszą i często istnieje brzuch obwisły. W rozdziale III. wreszcie zastanawia się autor nad przebiegiem porodu w stosunku do rozmaitych form i stopni ścieśnienia miednicy. Liczba porodów samoistnych bardzo szybko maleje w miarę zwiększenia się stopnia ścieśnienia; w tym samym stosunku zmniejsza się też liczba rozwiązań kleszczowych nizkich. Kleszczy wysokich użyto najczęściej przy miednicach z *c. v.* między $8^3/_4$—$7^3/_4$, przy wyższych i niższych stopniach ścieśnienia są one rzadsze. Natomiast wzrasta liczba wymóżdżeń w miarę, im wyższy stopień ścieśnienia; w tym samym stosunku wzrasta śmiertelność płodów, szczególnie przy miednicach ogólnie ścieśnionych. Wogóle wynosiła ona przy miednicach z *c. v.* $9^3/_4$—$7^3/_4$ = 20%, a przy miednicach z *c. v.* $7^1/_2$—6 = 55·6%. W końcu zestawia autor te wyniki, otrzymane przy porodach z poprzedzającą główką, z wynikami podanymi w innej swej pracy, a traktującej o obrotach przy miednicach wązkich. Szczególnie długo zatrzymuje się nad t. zw. obrotem zapobiegawczym, który powinien znaleźć zastosowanie głównie przy miednicach z *c. v.* $9^3/_4$—$7^3/_4$, ale wykonany tylko przy stojącym pęcherzu płodowym, lub dopiero co pękniętym i przy zupełnie rozwartem ujściu macicy. *Dr. E. Ehrenpreis,*

Cramer. **O zastosowaniu adrenaliny w ginekologii.** (*Deutsche med. Wochenschrift* 34. 1903). Znakomite wyniki, otrzy-

mane po stosowaniu adrenaliny w innych gałęziach lecznictwa, zachęciły autora do zastosowania jej w chorobach kobiecych. Pierwszy raz użył adrenaliny w przypadku nie nadającego się do operacyi raka części pochwowej macicy, który podczas skrobania znacznie krwawił; wacik, zamaczany w adrenalinie i przytknięty do rany, zatamował krwotok w ciągu 5 minut. W drugim przypadku wstrzyknął C. przed skrobaniem raka w okolicę dna wrzodu 3 ctm.[3] 1‰ rozczynu adrenaliny, poczem operacya była zupełnie bezkrwawą. Dalej zastosował autor adrenalinę w przypadku mięska cewki moczowej (caruncula urethrae), które wyciął, oraz w przypadku uporczywego świądu i zaczerwienienia w okolicy wejścia do pochwy, opierającego się wszelkiemu leczeniu. W tym przypadku wacik, zamaczany w nadnerczynie 1: 300, sprowadził zniknięcie objawów. Nieżyty macicy (trzonu i szyjki) leczą się znakomicie przez usunięcie wywinięcia wargi (ectropion) adrenaliną. Przy krwotokach po skrobaniu macicy autor stosował ten przetwór w ten sposób, że zgłębnik, owinięty watą i napojony rozczynem 1: 2000 adrenaliny, trzymał w jamie macicy przez 1—2 minut, poczem krwotok zupełnie ustępował; autor radzi stosować ten sposób zawsze po skrobaniu. Przeciwwskazaną jest adrenalina w krwotokach macicznych w trzecim okresie porodowym. *B. Żmigród.*

Turró. **Pochodzenie i właściwości aleksyn.** (*Berliner klinische Woch.* 1903, 36). 1. Przez aleksyny (lizyny, substancye bakteryolityczne, cytazy itd.) rozumiemy ciała, działające chemicznie na protoplazmę drobnoustrojów, która zmienia się na bezkształtną, rozpuszczalną masę. Proces rozpuszczania nosi miano bakteryolizy. 2. Aleksyny są wytworem protoplazmy komórek (wątroby, śledziony, nabłonka nerki i gruczołu tarczykowego, białych ciałek itd.); działanie ich rozpoczyna się po poprzedniem rozpuszczaniu w wodzie o zawartości fizyologicznego rozczynu soli. 3. Własności poszczególnych aleksyn różnią się między sobą, zależnie od protoplazmy komórki, z której powstały: jedne działają, względnie nie działają, na ten lub inny rodzaj drobnoustrojów. 4. Dotychczas wykazano doświadczalnie aleksyny w gruczole tarczykowym, w torebce przynercza, w tkance nerki, w gruczołach chłonnych, w mięśniach, wątrobie i śledzionie, w plazmie krwi, w końcu w żółtku jajka po poprzedniem rozpuszczeniu w białku. 5. Za enzymy ze stanowiska chemicznego uważamy te aleksyny, które posiadają zdolność trawienia drobnoustrojów przy pomocy postępującej hidrolizy. 6. Większa lub mniejsza siła odporności ustroju, wystawionego na zakażenie, (odporność naturalna) zależy od tego, jakie procesy fizyologiczne w komórce sprzyjają rozpuszczeniu aleksynów, a temsamem powodują ich działanie. *B. Żmigród.*

Doc. Fawicki. **Ze spostrzeżeń klinicznych nad skrobiowatem zwyrodnieniem nerek.** (*Russkij Wracz* 1903, Nr. 10, 12). Na podstawie spostrzeganych przez siebie przypadków skrobiowatego zwyrodnienia nerek, stwierdzonych następowem badaniem pośmiertnem, Fawicki (Petersburg) przy rozpoznawaniu tej sprawy chorobowej przypisuje najwięcej wagi następującym zmianom w moczu: znacznej zawartości białka, stosunkowo nizkiemu ciężarowi właściwemu, skąpej ilości wałeczków w osadzie, zwłaszcza szklistych. Te trzy oznaki, występując jednocześnie i będąc mniej więcej stałemi, dają prawo do wykluczenia niepowikłanego miąższowego i śródmiąższowego zapalenia nerek. Wzmiankowane oznaki nabierają jeszcze większej wagi w rozpoznaniu skrobiowatego zwyrodnienia nerek w razie, jeśli im towarzyszy stosunkowa przeźroczystość moczu i nadmierne moczenie, nawet niezbyt silne. Co się tyczy stanu innych narządów, to ogromne znaczenie ma obecność podstawowego cierpienia, sprowadzającego zwyrodnienie skrobiowate. W szukaniu podobnej przyczyny nie należy jednak ograniczać się tylko temi klasycznemi chorobami, które są przytaczane w podręcznikach i monografiach, lecz zwracać uwagę i na mniej ważną, naprzykład: rozszerzenie oskrzeli, ropne zapalenie miedniczek nerkowych, rak macicy, rak pęcherza moczowego z gnilno-ropną wydzieliną i t. d.; choroby te wikłały się w spostrzeżeniach autora ze zwyrodnieniem skrobiowatem nerek znacznie częściej, niż to dotychczas utrzymują. Zwyrodnienie skrobiowate nerek cechuje w dalszym ciągu brak przerostu serca i napiętego tętna, oraz obrzęków. Co się tyczy wroszcie przerostu wątroby i śledziony, to wbrew zdaniu większości klinicystów spostrzeżenia F. wykazują, że powiększenie tych narządów nie zawsze ma rozstrzygające znaczenie w rozpoznaniu zwyrodnienia skrobiowatego nerek. Pouczającem jest, że w jednym z przypadków autora wątroba okazała się na sekcyi nie zbitą, jak należało oczekiwać, lecz zupełnie zwiotczałą, zatem taką, jaką znajdował nieraz prof. Krawkow (Petersburg) u kogutów po wywołaniu u nich zwyrodnienia skrobiowatego narządów wewnętrznych. Przerost śledziony towarzyszy częściej skrobiowatemu zwyrodnieniu nerek, niż przerost wątroby, a więc ma, jako rozpoznawcza oznaka, doniośljesze znaczenie. Idąc wskazaną drogą, można, zdaniem F., z wielką stanowczością rozpoznać w większości przypadków zwyrodnienie skrobiowate nerek. Zdarzają się jednak przypadki tego schorzenia, w których główne objawy zarysowują się niewyraźnie, lub przypadki, powikłane z objawami miąższowego lub śródmiąższowego zapalenia nerek, w których występują na pierwszy plan oznaki zapalenia nerek. W tych razach rozpoznanie skrobiowatego zwyrodnienia nerek pozostaje nieraz pod znakiem zapytania. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Doc. Wierjużski. **Roentgenoskopia i inne sposoby wczesnego rozpoznania gruźlicy płuc.** (*Russkij Wracz* 1903, Nr. 17). Autor (Petersburg) roztrząsa różne sposoby, polecone w celu wczesnego rozpoznania gruźlicy płuc. Pomimo zwykłego oglądania i utartego oznaczania stanu odżywienia chorego na oko, dla większej przedmiotowości, idąc za przykładem autorów francuskich, ocenia autor stan odżywienia przez oznaczenie stosunku wagi ciała do wzrostu. U osobników źle odżywianych stosunek ten wynosi 3½ lub mniej; przy odżywieniu zadowalniającem i dobrem stanowi on 3½—4½ i wyżej. Spostrzeżenia W. wykazują jednak, że nawet wysokie stopnie odżywienia (4 i więcej) nie chronią od zakażenia gruźlicą; odwrotnie u niektórych chorych z odżywieniem podupadłem (3,2—3,3), najdrobiazgowsze badanie nie wykrywa żadnych objawów gruźlicy. W większości jednak przypadków złe odżywienie u osobników ze zdrowym przewodem pokarmowym stanowi pierwszą ważniejszą oznakę wątpliwego stanu narządów oddechowych; istotnie dalsze ścisłe badanie wykazywało zmiany w płucach lub opłucnej. Wśród innych wczesnych objawów autor zwraca uwagę na ciepłotę, która w większości przypadków ulega okresom gorączkowego nasilenia o niejednakowem natężeniu i długotrwałości, bez żadnych widocznych przyczyn. Najważniejszych w tym kierunku wyników dostarcza opukiwanie i osłuchiwanie płuc. W wielu jednak przypadkach metody te dały W. wyniki wątpliwe. W tych razach uciekał się W. do Roentgenoskopii. Prześwietlność klatki piersiowej dla X-promieni jest zawisłą od objętości klatki piersiowej i grubości powłok z jednej, a ilości powietrza, zawartego w płucach, z drugiej strony. Zmniejszenie własności prześwietlnej stwierdza się w tych przypadkach, w których zawartość powietrza w płucach jest obniżoną, więc w ostrych i przewlekłych sprawach zapalnych płuc, w przypadkach wypocin i przesięków opłucnej, nowotworów i t. d. Badając w ten sposób 84 chorych, u 28 rozpoznał autor przewlekłe zapalenie płuc w różnych okresach rozwoju, z tej liczby w kilku przypadkach pierwotne zwykłe badanie płuc nie wykazywało zajęcia ich sprawą chorobową; w tych przypadkach przewlekłe zapalenie płuc w początkowym okresie zostało wykryte tylko przy ponownych badaniach chorego, przedsięwziętych wskutek obrazu, otrzymanego drogą Roentgenoskopii. Niemniej pomocniczą była Roentgenoskopia i w rozpoznawaniu wysięków opłucnowych, zwłaszcza przy oznaczeniu pozostałości tych wysięków, które dawały niedość przekonywające objawy opukowe i wysłuchowe; stosownie do usadowienia wysięku otrzymywał W. cień nawet wtenczas, gdy ucho nie wykrywało prawie żadnych zboczeń od normy; w wybitny też sposób występowało przy tem badaniu w tych przypadkach upośledzenie ruchomości przepony po stronie zajętej. Nie zawsze jednak obraz Roentgenoskopowy odpowiadał rozpoznaniu, uczynionemu po dłuższem klinicznem spostrzeganiu chorego. Okoliczność ta tłómaczy się tem, że prześwietlność płuc dla X-promieni zależy od dwóch wręcz przeciwnych czynników, mianowicie od stwardnienia tkanki płucnej w następstwie sprawy zapalnej i od jej rozedmy, wikłającej zwykle sprawy zapalne w płucach: pierwszy z tych czynników obniża prześwietlność płuc, drugi zaś ją zwiększa. Nic więc dziwnego, że zapalenie płuc, jak również wysiękowe zapalenie opłucnej, nie zawsze mogą być rozpoznane drogą Roentgenoskopii. W każdym razie Roentgenoskopia przysparza badaczowi nader cennych wskazówek przedmiotowych, dotyczących stanu i czynności narządów piersiowych i przedstawia nową, niezależną od innych metodę, kontrolującą wyniki zwykłego badania klinicznego. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Buhe. **O nakłuciu lędźwiowem i jego znaczeniu dla rozpoznania i leczenia chorób mózgowych pochodzenia usznego.** (*Münchener med. Wochenschrift* 1903, Nr. 23). Autor zbija zapatrywanie Körnera, który doradza jak najbardziej ograniczyć nakłucie lędźwiowe, ponieważ 1) nie uważa go za pewne przy rozstrzyganiu wątpliwości, czy istnieje zapalenie opon, czy też go niema, a natomiast 2) dopatruje w niem niebezpieczeństwa. Przypadki, przytoczone przez Körnera na poparcie pierwszego zarzutu, są tak rzadkie, że nie zdolają zachwiać wartości tego zabiegu. Drugi zarzut, tyczący się niebezpieczeństwa nakłucia, również nie wytrzymuje krytyki, gdyż przypadki śmierci po tym zabiegu są wyjątkowe i często powstaje wątpliwość, czy należy je kłaść na karb nakłucia. O ile samo zwiększenie liczby ciałek białych w pły-

nie mózgowo-rdzeniowym nie wystarcza do rozpoznania zapalenia opon, lecz należy tu wykazać i prątki w tym płynie, przyszłość dopiero rozstrzygnie. Na razie wypada trzymać się dawnego zapatrywania, wedle którego każde zmętnienie płynu mózgowo-rdzeniowego wskazuje na podrażnienie opon mózgowych, niezależnie od tego, czy on zawiera leukocyty i prątki, czy nie. Na dalszy zarzut Körnera, że odkąd wiemy, iż zapalenie opon mózgowych jest także uleczalne, możemy się obejść bez tego nakłucia, można odpowiedzieć, że dla rokowania, jak niemniej dla pewności postępowania chirurgicznego, przecież nie może być obojętnem dowiedzenie się, czy zapalenie opon w danym przypadku istnieje, lub nie. Autor przychodzi do wniosku, że w nakłuciu lędźwiowem mamy doskonały środek pomocniczy dla poznania i rozróżnienia śródczaszkowych powikłań zapalenia usznego. Jeżeli próba ta czasem jeszcze zawodzi, to naszym obowiązkiem powinno być unikanie błędów przez dalsze wydoskonalenie tej metody badania. *Spira.*

Du Mesnil de Rochemont (Altona). **W sprawie choroby Adams-Stokesa.** (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 37, 1903). Istota choroby Adams-Stokesa polega na napadowo pojawiającem się zwolnieniu tętna (bradycardia) u chorych na serce, ze zboczeniami ze strony narządu oddechowego, łącznie z utratą przytomności, lub też z objawami dusznicy sercowej. Najczęściej bywają nią dotknięci ludzie starsi, okazujący znamiona zwapnienia aorty i tętnic wieńcowych serca, lub wad zastawkowych tętnicy głównej, jakkolwiek bywają także przypadki choroby Adams-Stokesa u osobników młodszych. Napady te, powtarzające się z mniejszem lub większem nasileniem przez całe tygodnie lub miesiące, mogą zupełnie zniknąć, lecz kończą się nierzadko śmiertelnie, zwłaszcza u starych ateromatyków. Na zasadzie dotychczasowych doświadczeń i badań pośmiertnych można odróżnić pod względem etyologicznym dwie postacie choroby Adams-Stokesa: sercową (cardiogenes) i nerwową (neurogenes); pierwsza jest wynikiem zwyrodnienia tłuszczowego mięśnia sercowego (Adams), zwężenia ujścia żylnego lewego (stenosis mitralis) i niedomykalności aorty, zatoru tętnic wieńcowych serca (Korczyński), wreszcie fragmentacyi lewego serca i mięśni beleczkowatych; druga postać może być następstwem zgrubienia nerwu błędnego i obrzmienia górnego zwoju szyjnego, ucisku na most Varola lub rdzeń przedłużony; nierzadko także rozwija się skutkiem nowotworowych zmian kiłowych na dnie czwartej komory. Odnośnie do tego szematu opisuje autor dwa prawie typowe przypadki choroby Adams-Stokesa, z których jeden tyczy się 35-letniego robotnika, okazującego między innemi zwolnienie tętna nie skutkiem zmniejszonej ilości skurczów serca, lecz będące następstwem niedostatecznego skurczu mięśnia sercowego, występującego regularnie co drugie tętno, a niezdolnego do wywołania fali tętna w tętnicy szyjnej i sprychowej. Przypadek drugi okazuje podobny objaw na tle nerwowem. *Dr. Pisek* (Podgórze-Kraków).

Prof. Hippel. **O częstości zmian w stawach u ludzi dotkniętych kiłą dziedziczną.** (*Münchener med. Wochenschrift* 1903, Nr. 31). Wbrew doświadczeniu wielu chirurgów autor jako okulista spotykał bardzo często zmiany w stawach u ludzi, zwłaszcza u dzieci, dotkniętych jakiemiś zmianami kiłowemi w oku, jak np. miąższowe zapalenie rogówki. Ponieważ obok tego bardzo często wykazywał zmiany inne, świadczące o obciążeniu dziedzicznem kiłą i ponieważ zmiany w stawach ustępowały bez pozostawienia śladu pod wpływem swoistego leczenia, sądzi H., że ma wszelkie prawa po temu, aby i te zmiany w stawach uważać za kiłowe. Zmiany w stawach, które z reguły poprzedzają wybuch zapalenia rogówki, spostrzegał H. w 56, względnie 63% miąższowego zapalenia rogówki. Najczęściej zajętem bywa kolano (41 razy, z tego zaś w 33 przypadkach obustronnie), rzadko inne stawy. Typową formą anatomiczną jest puchlina wodna (*synovitis serosa*) bez zgrubienia kości. Najczęściej zmiany w stawach widywał u dzieci między 6—10 rokiem życia, potem u młodzieńców między 16 a 20 rokiem życia. Rozprawkę swą kończy autor dwoma twierdzeniami: 1) Zmiany swoiste w stawach u ludzi, obarczonych kiłą dziedziczną i to w okresach późnych, są częste. 2) Zmiany te są częstsze, niż n. p. zęby Hutchinsona, lub zajęcie błędnika; w każdym tedy przypadku podejrzanym o kiłę dziedziczną, należy się wypytywać o ewentualne zajęcie stawów. Odpowiedź potwierdzająca czyni rozpoznanie kiły dziedzicznej jeszcze prawdopodobniejszem. *Herman.*

Dr. E. Hofmann. **O operowaniu połogowego zapalenia sutka.** (*Zentralblatt f. Chir.* 1903, Nr. 31). Głównie aby uniknąć blizn szpecących, zwłaszcza zaś w przypadkach ropni, usadowionych w obu górnych kwadrantach, operuje Bardenheuer zapalenie połogowe sutka w sposób następujący: Cięciem półkolistem, otaczającem dolny obwód sutka, oddziela go od podstawy i odwraca ku górze. Następnie przez podstawę cięciem promienistem otwiera ropień, ściany jego oczyszcza, a jamę drenuje grubym sączkiem, który wyprowadza na zewnątrz przez ranę skórną po opuszczeniu sutka na dawne miejsce. Blizna całkowicie kryje się w fałdzie pod sutkiem. Tej samej metody użyć można w nowotworach łagodnych sutka. *Herman.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Veronal jest według Fischera, który wypróbował go na 83 chorych, bardzo pewnym środkiem nasennym. Nie zawiódł go nawet w przypadkach ostrego obłędu, porażenia postępującego, gdzie o wpływie poddawania nie mogło być mowy. Ubocznych następstw nie zauważył; wyjątkowo na drugi dzień występowały mdłości, wymioty, lub senność. Sen bywał zazwyczaj spokojny, bez marzeń, trwał 6 do 10 godzin; nazajutrz chorzy czuli się pokrzepieni. Dawka wynosi 0·5 do 1·0 gr., wyjątkowo 1·5 do 2·0 gr. Przyjmuje się weronal w ciepłem mleku, herbacie, lub też w opłatku. Działanie występuje w pół do 1 godz po przyjęciu leku. Weronal należy do leków, które na mocy rozstrząsań teoretycznych z góry się zaleca, jako idealny środek nasenny. Podobnie, jak uretan, jest pochodnym mocznika, dwuetylomalonylomocznikiem, jest więc ciałem, ustrojowi nie obcem, które w kolei przemian przechodzi w mocznik. Trudno rozpuszcza się w wodzie. Weronal jest proszkiem bezbarwnym, o słabo gorzkawym smaku. (*Therap. Monatshefte*, Zeszyt 8, 1903). *Orzechowski.*

Thieme L. **Doświadczenia nad aspiryną.** (*Therapeut. Monatshefte*, XVII, 455). Autor poleca aspirynę, jako lek obniżający gorączkę w gruźlicy. Używa w tym celu dawek małych: 2 razy dziennie po 0·25 na 4 do 5 godzin przed spodziewanem wystąpieniem gorączki. Działanie przeciwgorączkowe jest wybitne, jak przy stosowaniu piramidonu, i bez objawów ubocznych. Autor przestrzega przed stosowaniem aspiryny w przypadkach krwotoków płucnych i skłonności do nich. Szczególnie dobre wyniki dawała aspiryna w przypadkach powikłanych z lekką grypą, w tak zw. przeziębieniu, któremu tak łatwo ulegają cierpiący na płuca pod wpływem zmian atmosferycznych. W tych przypadkach podawał autor 1·0 aspiryny, w kwadrans potem pół litra ciepłej limoniady, a po pół godzinie potem znowu 1·5 gr. aspiryny. Zwykle występują silne poty, a ciepłota ciała spada w 2, 3 dniach do prawidłowej. Autor podaje o skutecznem działaniu aspiryny w jednym przypadku wysięku opłucnowego i w ostrym gośćcu stawowym. *K. O.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 20 marca 1903 roku.

Przewodniczący: kol. Ziembicki. Obecnych członków 45.

I. Kol. Świątkiewicz J. przedstawia chorych z kliniki dermatologicznej.

1) Chorego 13-letniego z objawami *lupus vulg. serpiginosus et exfoliativus* obu kończyn dolnych.

2) Chorą 14-letnią z *lupus tumidus* pośladka lewego. Zmiany chorobowe przechodzą na wargę sromną większą lewą, nie zajmując błony śluzowej.

3) Chorego 7-letniego z objawami *lupus vulg. exulcerans dispersus.* U chorego tego naliczono 27 ognisk, rozrzuconych po całem ciele, od wielkości grochu, do wielkości dłoni dziecka. Wszystkie te przypadki nadają się do leczenia operacyjnego, polegającego częściowo na wycięciu, częściowo na wyskrobaniu ostrą łyżeczką i następowem wypaleniu żegadłem Paquelina.

II. Kol. Machek przedstawia chorych, leczonych wstrzykiwaniami mieszaniny parafiny z waseliną. W wykładzie podaje sposób wykonania wstrzykiwań i szereg wskazań, w których z dobrym skutkiem te wstrzykiwania zastosował. Wskazania: 1) *Entropium spasticum palp inf.* u osób starych z wiotką skórą. 2) *Entropium spasticum* pod opaską występująca szczególnie po operacyach. 3) W niższych stopniach *entropium trachomatosum;* w tych przypadkach zastosowano operacyę także prowizorycznie. 4) Odwinięcie powieki skutkiem blizny (*entropium cicatricum*), powstałej szczególnie po próchnieniu brzegu oczodołowego. 5) Brak górnego fałdu powiekowego. 6) Zapadnięcie urazowe gałki ocznej w oczodół (*enophthalmus traumaticus*). 7) Po wyłuszczeniu gałki ocznej w celu wypełnienia oczodołu w tych przypadkach, w których chorzy nie wkładają oka sztucznego dla zapobiegnięcia zwijaniu

się powiek. 8) W jednym przypadku objawu Hornera, który długi czas trwał, ze względów kosmetycznych. (Wykład ukaże się w druku).

Dyskusya

Kol. Szulisławski zwraca uwagę na niebezpieczeństwo wstrzykiwania parafiny przy *enophthalmus* u widzących, ze względu na mogący wystąpić zanik nerwu wzrokowego.

Kol. Burzyński podaje, że w trzech przypadkach zrostów, zwężeń woreczka i przewodu łzowego stosował po poprzedniem forsownem rozerwaniu zrostów sondą wstrzykiwanie żółtej waseliny z małą domieszką parafiny i kokainy, którą pozostawiał przez dni kilka, poczem sondowaniem i uciskaniem na okolicę woreczka łzowego wstrzykniętą waselinę usuwał. W dwóch przypadkach wynik był pomyślny, w jednym chory usunął się z pod obserwacyi.

Kol. Schramm osobiście nie ma doświadczenia w tym kierunku, wróży jednak leczeniu temu dobrą przyszłość. Przytacza przykłady stosowania wstrzykiwań parafiny dla wytworzenia sztucznego sutka, — w celu zamknięcia bramy przepuklinowej, — przy wypadnięciu pochwy. Celem uniknięcia zatoru powinno się zwrócić uwagę, czy nie wypływa krew po wbiciu igły.

Kol. Pisek wspomina o jodypinie, którą wstrzykiwał bez objawów zatoru.

Kol. Świątkiewicz J. przytacza pacyenta, u którego zastosowano 60 podskórnych wstrzyknięć jodypiny 25% po 10 grm. dziennie bez żadnych ubocznych objawów.

Kol. Machek wstrzykiwał parafinę przy *enophthalmus* oka zdrowego bez ujemnego wpływu na wzrok.

III. Kol. Pisek: »Słów kilka o narkotyzowaniu dotkniętych chorobami serca«.

Przeszło pół wieku minęło od wyrzeczenia Sédillota: *„Le chloroforme pure et bien employé ne tue jamais"*, a pomimo niezliczonej liczby usypiań wzorowo przeprowadzanych zdarzają się wypadki śmiertelne. Zakres przeciwwskazań usypiania chloroformem nie jest ściśle ustalony. W szczególności co do chorób sercowych interniści mało tą kwestyą się zajmują, a również i chirurdzy. W podręcznikach powtarzają się słowa: ostrożnie, kroplami narkotyzować. Wykazawszy drogi, któremi chloroform sprowadza śmierć u narkotyzowanych, przedstawia mowca w streszczeniu rodzaje zapadu chloroformowego: *syncope laryngo-reflectoria, bulbaris, toxica;* wspomina o zmianach anatomicznych w mięśniu sercowym i w narządach wewnętrznych w przypadkach ostrego zatrucia, jak również i po długotrwałych stosowaniach chloroformu, wreszcie o śmierci w parę dni po narkozie. Wyraża przypuszczenie że może w niektórych przypadkach jedynie tylko »automatia« mięśnia sercowego zostaje zniszczoną. Pomijając porażenie ośrodków oddechowych, jako równorzędną przyczynę śmierci w otruciu chloroformem w narkozie, widać, że przecież stan serca odgrywa pierwszorzędną rolę w zejściu śmiertelnem. Jeżeli zdrowy mięsień uledz może porażeniu, cóż dopiero mówić o mięśniu sercowym zwyrodniałym, niedostatecznie odżywionym przez zwężone, miejscami niedrożne gałęzie tętnic wieńcowych? Takie serce o pobudliwości nerwowej prawie wyczerpanej niewątpliwie łatwiej ulegnie porażającemu działaniu chloroformu. Przypadki bez zmian anatomicznych serca, tak zw. śmierci błyskawiczne, z chloroformu po kilku wdechach, tyczą się w znacznej części chorych z nadmiernie wygórowaną pobudliwością układu nerwowego, ginących wśród objawów *syncope laryngo-reflectoria.* Porażenie serca występuje tu na drodze zwrotnej. Do tej grupy zalicza mowca również i chorych dotkniętych chorobą Stokes-Adamsa, jak również późne okresy choroby Basedowa, wogóle te przypadki ciężkich nerwic serca, którym właściwą jest skłonność do omdlewań, do zapadu. Jest to grupa pierwsza chorych, nie kwalifikujących się w zasadzie do uśpienia chloroformowego.

Drugą grupę stanowią przypadki wrodzonych wad sercowych w okresie trwałego przeładowania krwi CO_2, znacznej sinicy i duszności, odpowiadających niewyrównanym wadom serca. Również zboczenie ustrojowe w postaci wązkiej tętnicy głównej i niedorozwoju całego układu naczyniowego, przypadki przedstawiające niezwykle słabą odporność serca, co mowca nazwałby »sercem słabem«, *cor debile*, należą do tej grupy. Zagadkowe dawniej, a dziś licznemi badaniami wyjaśnione przypadki tak zw. *status thymicus*, w których i usypianie eterem tak samo bywa groźnem, jak chloroform, stanowiłyby grupę trzecią przypadków, w których usypianie chloroformowe jest przeciwwskazane.

Czwarta grupa przypadków obejmuje nadmierne wysięki osierdziowe, względnie nawet i mniejsze wysięki, w których jednak mięsień sercowy zajęty. Szczególniej wszakże rozległe zrosty osierdziowe tanowią ważną przeszkodę do usypiania chloroformem, przed którem jednomyślnie wszyscy ostrzegają.

Piąta grupa jest najliczniejsza. Przy ocenianiu odporności dotkniętych chorobami serca na znieczulenie chloroformem rozstrzyga zasadniczo stan mięśnia sercowego. Co do rozwiniętego, rozległego, wybitnego zapalenia mięśnia sercowego nie zachodzi żadna wątpliwość. Wyklucza ona stanowczo stosowanie chloroformu. Inaczej się rzecz ma z przypadkami, w których brak wybitnych objawów, a każdemu doświadczonemu lekarzowi znany jest rażący niestosunek pomiędzy objawami klinicznymi, a zmianami anatomicznemi w mięśniu sercowym. Otóż tu czasem bardzo trudno uchronić się od niespodzianek. Gdzie tylko mamy uzasadnione podejrzenie rozległych zmian anatomicznych, tam wstrzymamy się od usypiania chloroformem i wogóle od narkozy ogólnej; przedewszystkiem zaś w przypadkach niedomogi mięśnia sercowego zwyrodniałego. Należą tu więc: *myocarditis chronica (myofibrosis diffusa, cardiosclerosis), myodegeneratio adiposa chronica*, słowem przypadki o różnej etyologii, najczęściej powikłane z ogólną miażdżycą tętnic, końcowe okresy niewyrównanych wad serca, ciężkie przewlekłe zwyrodnienia tłuszczowe. Nawiasowo dodaje mowca, że stłuszczenie serca, jakkolwiek często rozpoznawane, w rzeczywistości nie jest chorobą tak częstą. Niebezpieczeństwo stłuszczenia dla uśpienia chloroformowego popiera mowca liczbami Sanxoma, Kapellera i statystyką »Lancetu«. Przeciwstawia swoim wywodom twierdzenia Finnay'a, który w znacznej części narkotyzował eterem 142 chorych z wadami serca, w mniejszej chloroformem; Stengela — jako tych, którzy i przy wybitnem zapaleniu mięśnia sercowego nie wstrzymali się od uśpienia chloroformem, przedsiębranego jednak z nadzwyczajną ostrożnością. Z wybitniejszych chirurgów angielskich niedawno Mayo oświadcza się bezwarunkowo przeciw narkotyzowaniu przy zapaleniu mięśnia sercowego, chyba, że zachodzi *indicatio vitalis.*

Wyjątkowe miejsce zajmuje grupa szósta: przypadki niedomykalności zastawek półksiężycowatych tętnicy głównej u osób starszych, a więc przeważnie dotkniętych miażdżycą; tę wadę cechuje skłonność do przypadów mózgowych, do omdlewań, a przypadki »nagłej śmierci« z całego szeregu wad sercowych najczęściej są wadami tętnicy głównej. Dla takich chorych uśpienie chloroformowe jest nader niebezpiecznym, groźnym zabiegiem.

Do grupy siódmej zalicza mowca ostre wrzodziejące zapalenie śródsierdzia (*endocarditis septica ulcerosa*), ostrą niedomogę mięśnia sercowego w groźnym zapadzie, rozwiniętą miażdżycę tętnic wieńcowych serca w okresie ciągle powtarzających się napadów dusznicy bolesnej. Uśpienie chloroformowe może sprowadzić napad dusznicy bolesnej, kończący się czasem śmiercią. Mowca wyjaśnia szczególniejsze niebezpieczeństwo usypiania chloroformem w tym przypadku.

Powyższe grupy schorzeń serca stanowią, może z małymi wyjątkami w poszczególnym jakimś przypadku, bezwzględne przeciwwskazanie usypiania chloroformowego. W dyskusyi na ten temat w *Academie de medecine* (18. II. 1902) oświadczył Huchard, że wyrównane wady, brak przypadłości posoczniczych, brak zrostów osierdziowych zezwalają na zastosowanie chloroformu tylko nader ostrożne, kroplami. W tekście jednak swego sławnego dzieła o chorobach serca uważa choroby tętnicy głównej za przeciwwskazanie. Również i Bouquoy nie zna w zakresie chorób serca bezwzględnych przeciwwskazań, żąda tylko nadzwyczajnej czujności. Oświadczenia te poddaje mowca krytycznemu rozbiorowi Do przypadków, dla których mowca tylko względne widzi przeciwwskazanie, zaliczyłby wady serca, nawet wyrównane z niedawno przebytymi krwotokami mózgu; miażdżycę tętnic nieznacznego stopnia, przyczem rozległości zmian nigdy należycie ocenić nie możemy; przypadki wad sercowych z czasowo zniesionem wyrównaniem, posocznicę z niezbyt rozwiniętemi zmianami mięśnia sercowego; przemieszczenie serca przy lewostronnych wysiękach opłucnowych, szczególnie ropnych; ogólną miażdżycę tętnic przy pomyślnym jeszcze stanie serca; przypadki wad sercowych z chorobami niektóremi, jak: *fissura ani, vegetationes retronasales* itp., o których wiemy, że i chorzy bez wad serca giną czasem przy usypianiu chloroformowem. Rozstrzyga tu doświadczenie operatora, uwzględnienie najdrobniejszych szczegółów, nieraz intuicya lekarska. Czasem właśnie w tej grupie zjawia się zejście śmiertelne dopiero późno, w dni kilka, być może nieraz jako objaw zaostrzenia się spraw zwyrodnienia serca, istniejącego przed operacyą, jednak nie postępującego

Mowca grupuje przeciwwskazania uśpienia chloroformowego, odnośnie do dotkniętych chorobami serca, w następujący poczet: *myocarditis chronica progressiva, coronaritis chronica, asthma cardiale, insuff. v. semilun. aortae inveterata, endocarditis septica, adynamia cordis acuta, concretio cordis cum pericardio, cor adiposum grave, atheroma arter. univers., neurasthenia cordis gravis, m. Basedowi progrees., vitia cordis incompensata, cor debile (status thymicus), vitia congenita, aorta angusta.* Bez obawy możemy usypiać chloroformem jedynie chorych z wadami serca wyrównanemi, wyjąwszy chorych na niedomykalność aorty. Dotknąwszy jeszcze różnic działania chloroformu i eteru w przypadkach wad sercowych, wypowiada mowca przypuszczenie, że liczne przypadki śmiertelne mniej zawisły od jakości narkotyku, lecz że dotyczyły chorych, którzy albo wcale do uśpienia się nie kwalifikowali, a więc dla których każda narkotyzacya byłaby zabójczą, albo też gdzie może technika usypiania nie była idealną. Na dwie okoliczności kładzie szczególny nacisk: 1) na niebezpieczeństwo usypiania niezupełnego i 2) na to, że najważniejszym czynnikiem wogóle, a tem bardziej u dotkniętych chorobami serca, jest doświadczenie i sumienność usypiającego, a więc mniejszą rolę odgrywa narkotyzacya, niż narkotyzer. (Autoreferat).

Kol. Skałkowski zaznaczając, że chloroformowanie jest częstokroć nieuniknioną koniecznością, przypisuje niejednokrotnie winę śmierci wśród usypiania narkotyzującemu, sądzi jednak, że istnieje i pewnego rodzaju idiosynkrazya do chloroformu.

Dr. Świątkiewicz, sekretarz doroczny.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 4 listopada, 1903 r.

Przewodniczy kol. Prof Nowak. Obecnych członków 30.

1. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytany przyjęto.

2. Wybrano jednogłośnie Dra Dawida Hirscha członkiem zwyczajnym Towarzystwa.

3. Kol. Gliński demonstrował:

1) Okaz wgłobienia jelita biodrowego (*invaginatio iliaca*) w następstwie pociągania ściany jelita przez polip. Przypadek dotyczył 23-letniego robotnika (A. M. P. S. 653/1903), u którego na 4 dni przed zgłoszeniem się do szpitala św. Łazarza wystąpiły objawy niedrożności jelit; wykonana w oddziele chirurgicznym tego szpitala laparotomia wykazała wgłobienie jelita biodrowego; wgłobienie to odprowadzono, przyczem przekonano się, że część wgłobiona była już zgorzelinowo zmieniona, otrzewna zaś okazywała już zmiany zapalne. Wobec ciężkiego stanu chorego ograniczono się tylko do enteroanastomozy, pętle chorobowo zmienione wykluczono poza obręb jamy brzusznej, nie wycinając ich, i założono odbyt sztuczny. Nazajutrz po operacyi chory zmarł. Wykonane przez prelegenta badanie pośmiertne wykazało w różnych odcinkach kiszki (jelita grubego) obecność 4 polipów różnej wielkości, o nierównej guzkowatej powierzchni, z których największy dochodził wielkości dużego orzecha włoskiego; polipy te posiadały długie (do 6 cm.) szypuły. Wykluczone podczas operacyi poza obręb jamy brzusznej pętle jelitowe zajmowały przestrzeń około 1 metra długości, rozpoczynały się w odległości również około 1 metra powyżej zastawki Bauhina i okazywały zmiany zgorzelinowe z częściowem już pooddzielaniem obumarłej błony śluzowej. W obrębie tej chorobowo zmienionej pętli jelitowej znajdowały się znowu 3 polipy, z których jeden wielkości orzecha laskowego leżał w odległości 120 cm., drugi (mniejszy od poprzedniego) w odległości 190 cm., wreszcie 3-ci największy (wielkości orzecha włoskiego), w odległości 193 cm. powyżej zastawki Bauhina, a więc w bliskości górnego końca chorobowo zmienionej pętli jelitowej; mniejsze polipy posiadały długą, największy — stosunkowo krótką szypułę. W przypadku tym nie mogło ulegać wątpliwości, iż przyczyną wgłobienia stał się największy polip w jelicie biodrowem, który popychany przez przesuwającą się treść jelitową pociągał za sobą ścianę jelita i doprowadził do wgłobienia ze wszystkiemi jego następstwami aż do rozlanego zapalenia otrzewnej, które było ostateczną przyczyną śmierci w tym przypadku. Przypadek zasługuje na uwagę raz ze względu na rzadkość wogóle tak licznych i tej wielkości polipów w przewodzie pokarmowym, powtóre ze względu na rzadkość polipów w jelicie biodrowem, wreszcie zwłaszcza ze względu na wyraźną w tym przypadku przyczynę wgłobienia, do którego dał powód tak niewinny pozornie twór, jak zwykły polip śluzowy. Błona śluzowa jelit nie okazywała żadnych zmian, któreby mogły wytłómaczyć powstanie tak licznych polipów na tak rozległej przestrzeni.

2) Okaz bąblowca wątroby z następowem zamknięciem światła przewodu żółciowego wspólnego przez pęcherza bąblowca. W przypadku tym, dotyczącym 57-letniego mężczyzny (PS. 698/1903), na podstawie przebiegu klinicznego rozpoznawano nowotwór wątroby; na 2 tygodnie przed śmiercią wystąpiła żółtaczka, utrzymująca się aż do samej śmierci. Badanie pośmiertne wykazało olbrzymie powiększenie wątroby, która dolnym swym brzegiem sięgała aż do pępka i posiadała wymiary 31 × 21 × 14 cm.^{3}. Cały prawy płat wątroby jest zajęty przez jamę, wielkości bez mała głowy ludzkiej, odgraniczoną od pozostałości właściwego miąższu tego płatu za pośrednictwem zbitej tkanki włóknistej, komunikującą w jednem miejscu z grubym przewodem żółciowym i całkowicie wypełnioną cieczą ropną, wśród której znajdują się liczne pęcherze bąblowca, częściowo jeszcze dobrze zachowane, częściowo już pozapadane. Lewy płat wątroby jest znacznie powiększony, wymiary zaś jego wynoszą 19 × 21 × 14 cm.^{3}; wśród miąższu wątroby znajdują się niezbyt liczne ropnie. Woreczek żółciowy i przewody zewnątrzwątrobowe dość znacznie rozszerzone; w przewodzie żółciowym wspólnym w jego końcowej części i w miejscu ujścia do dwunastnicy znajdują się liczne pozapadane pęcherze bąblowca, zamykające całkowicie światło tego przewodu; treść jelitowa nie jest podbarwiona żółcią. Prócz tego badanie pośmiertne wykazało rozlane zapalenie ropne otrzewnej, które było następstwem przebicia bąblowca i częściowego wylania się jego zawartości do jamy brzusznej; w tej ostatniej wśród ropy znajdowały się liczne, przeważnie pozapadane pęcherze bąblowca; to zapalenie otrzewnej stało się ostateczną przyczyną śmierci. Pomijając sprawę samego bąblowca wątroby i następowego jego przebicia do jamy brzusznej, któreto zmiany nie należą do zjawisk zbyt rzadkich, zasługuje w tym przypadku na uwagę przedostanie się pęcherzy bąblowca do przewodów żółciowych z całkowitem zaczopowaniem przewodu żółciowego wspólnego i następową żółtaczką; tego rodzaju zaczopowanie przewodów żółciowych zdarza się bardzo rzadko i jest mało znanem. Godnem również uwagi w tym przypadku jest znaczne powiększenie lewego płatu wątroby, które tutaj uważać należy za przerost roboczy (zastępczy) skutkiem zniszczenia miąższu prawego płatu i które świadczy o wysokich zdolnościach odrodczych wątroby. Przy tej sposobności wspomina prelegent o przypadku bąblowca wątroby, spostrzeganym dawniej przez prof. Browicza, a dotychczas nigdzie nie opisanym; w którym to przypadku bąblowiec przebił do układu krwionośnego, uniesione z prądem krwi pęcherze bąblowca dostały się do tętnicy płucnej i zaczopowały ją, co stało się przyczyną nagłej śmierci młodego jeszcze człowieka i dało nawet powód do dochodzeń sądowych.

3) Okaz wady rozwojowej w narządzie moczowo-płciowym u 25-letniej kobiety, zmarłej z powodu gruźlicy płuc (PS. /1903). U kobiety tej lewa nerka nie znajdowała się w miejscu zwykłem, lecz leżała całkowicie w miednicy małej we wklęsłości kości krzyżowej; przednia powierzchnia tej nerki była przypłaszczona i tutaj też znajdowała się jej wnęka; tętnica nerkowa wychodziła z miejsca podziału aorty brzusznej z przedniej jej ściany i biegła w zagłębieniu po przedniej powierzchni nerki; gruba żyła nerkowa odchodziła od prawej v. iliaca communis i głęboko żłobiąc prawy bok tej nerki zdążała na przednią powierzchnię do wnęki; taki stosunek naczyń nerkowych świadczy wymownie o wrodzonem, nie zaś nabytem zboczeniu w położeniu nerki. Nerka prawa i obydwa nadnercza leżały w miejscach właściwych. U tej samej kobiety istniała jednocześnie wada rozwojowa narządów płciowych wewnętrznych, a mianowicie: prawidłowo wykształcone jajnik i trąbka lewe leżały wysoko na talerzu biodrowym lewym, od dośrodkowego zaś końca trąbki ciągnęło się długie cienkie pasmo, prowadzące do szyi macicznej i stanowiące niedokształcony lewy róg dwurożnej macicy, której prawy róg był silnie rozwinięty. Prelegent zwraca uwagę na częstość usadowienia nerki w miednicy małej jednocześnie z nieprawidłowym rozwojem części płciowych wewnętrznych u kobiet, o czem świadczy między innymi analogiczny przypadek, przedstawiony przez prelegenta w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem przed 1$^1/_2$ rokiem (Przegl. lek. 1902 Nr. 8); w końcu zaś wspomina pokrótce o znaczeniu tej wady rozwojowej u kobiet podczas ciąży i zwłaszcza porodu. (Autoreferat).

4) Kol. Piotrowski Tym. demonstrował chorą z wynicowaniem zupełnem pochwy, wypadnięciem zupełnem pochwy i wypadnięciem jelita odchodowego.

5) Kol. Dobrowolski wygłosił zapowiedziany odczyt: »O cytotoksynach łożyskowych». Prelegent zdał sprawę ze swych doświadczeń, na podstawie których doszedł do następujących wniosków: 1) Zawiesina z łożysk zwierzęcych, wstrzykiwana zwierzętom innego gatunku, jakoteż zawiesina z łożysk ludzkich, wstrzykiwana zwierzętom w dawkach niezbyt dużych, jest dla zwierząt obojętną bez względu na to, czy ją wstrzykujemy podskórnie, czy też do otrzewnej.

2) Prelegent otrzymał surowicę łożyskową heterotoksyczną, wywołującą w pewnych dawkach napewno przerwanie ciąży bez względu na to, w jaki sposób wprowadza się ją do organizmu.

3) Małe dawki tej surowicy, obojętnie, czy je wstrzykujemy pod skórę, czy do żyły, czy do otrzewnej, czy też pod opony, nie działają zupełnie.

4) Duże dawki tej surowicy wywołują wprawdzie poronienie, ale mogą też zabić zwierzę do doświadczenia użyte.

5) Surowica ta, stosowana nawet w dawkach zabójczych dla zwierząt ciężarnych, zwierzętom nieciężarnym nie szkodzi.

6) Surowica ogrzewana do 60° C. traci własności toksyczne, a poronienie sprowadza bardzo niepewnie.

7) Surowica ta, wprowadzona zwierzętom pod opony, nie wywołuje objawów podobnych do rzucawki porodowej (eclampsia).

8) Surowica działa pewnie tylko u zwierząt tego gatunku, dla którego była przygotowaną.

Na ludziach nie robił prelegent żadnych doświadczeń.

W dyskusyi zabierali głos: kol. Przewodniczący, kol. Surzycki, kol. Eisenberg i prelegent.

Dobrowolski, sekretarz doroczny.

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 26 listopada.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie nadzwyczajne. na którem: 1) Przyjęto na członków czynnych Drów: Habichta i Nowotnego; 2) wybrano Komitet przedwyborczy; 3) Kol. prof. Klecki miał wykład: »O podstawach fizyologicznych antyalkoholizmu«.

Z Sejmu. Do »Sprawozdań sejmowej Komisyi sanitarnej« załączony został alegat, obejmujący przebieg rozpraw nad wnioskiem posła prof. Marsa, dotyczącego »reformy administracyi krajowych i prowincyonalnych szpitali powszechnych« W myśl uchwały Wysokiego Sejmu Wydział krajowy zwołał w tym celu ankietę, złożoną z posłów Sejmowych, z lekarzy, przedstawicieli obu Uniwersytetów krajowych, krajowego referenta sanitarnego departamentu V-go Wydziału krajowego, szpitali prowincyonalnych i krajowych, z urzędników rachunkowych Wydziału krajowego i rządcy szpitala lwowskiego, na dzień 3 grudnia ubiegłego roku. Obradom przewodniczył członek Wydziału krajowego, kierownik departamentu V. Wydziału krajowego, poseł Onyszkiewicz.

Jako przedmiot obrad przedłożono kwestyonaryusz, ułożony w porozumieniu z wnioskodawcą, obejmujący szereg pytań, odnoszących się:

I. do oszczędności w wydatkach na cele szpitalnictwa krajowego;

II. do potrzebnych w kraju inwestycyi;

III. do wykonywania nadzoru nad szpitalami i

IV. wreszcie do zarządu funduszami, wydawanymi przez kraj na cele zdrowotne.

Debaty nad tym porządkiem dziennym zajęły dwa dni i wyjaśniły w świetle liczb i poglądów krytycznych wiele spraw, należących do zarządu naszego szpitalnictwa, które, po należytem opracowaniu i zastosowaniu, sprowadzić muszą zbawienną reformę w zarządzie jednej z najważniejszych gałęzi administracyi kraju.

Zastanawiając się nad całym materyałem w obradach ankiety się mieszczącym, można podzielić myśli i wnioski, dążące ku poprawie, na pewne kategorye. I tak:

a) napotykamy myśli, zdania i wnioski takie, które muszą być sprawdzone, wymagają zatem wdrożenia dochodzeń, zbierania dat jednem słowem wymagają szerszego i dokładnego opracowania, zanimby Wysokiemu Sejmowi w postaci konkretnych wniosków przedłożone być mogły;

b) inne są tego rodzaju, że należałoby z nich zrobić użytek na mniejszą skalę, w celu zrobienia próby, czy się okażą praktyczne;

c) dalej są takie, które byłyby niewątpliwie w zastosowaniu bardzo praktyczne i korzystne dla sprawy i dla funduszu krajowego, które atoli wymagają ofiar pieniężnych. Myśli te muszą pozostać w rezerwie i należy co do nich porobić skrupulatne obliczenia i to w dwu kierunkach, a mianowicie: czy przyniosą korzyści odpowiadające potrzebnym nakładom, a drugie, czy kraj w dzisiejszych warunkach, wobec dzisiejszych rozmaitych zagadnień niema spraw pilniejszych, któreby z wkładów łożonych wydatniejsze korzyści przynieść mogły, aniżeli wydatki wyłożone na sprawy sanitarne;

d) dalej znachodzimy wnioski, które przy bardzo nieznacznym wydatku ze strony funduszu krajowego rokują stosunkowo znaczne korzyści;

e) następnie takie, które nie pociągają bezpośrednio żadnych takich wydatków, a przez wprowadzenie ich w życie spodziewać się można poprawienia stosunków istniejących, albo też takie, które wprawdzie bezpośrednio nie rokują oszczędności, bez których atoli przeprowadzone być muszą;

f) wreszcie takie, po których można się spodziewać korzyści wprost, bez żadnych nakładów ze strony funduszu krajowego.

Wobec tego sprawozdawca sądzi zgodnie ze sprawozdaniem Wydziału kraj., że należy materyał w obradach ankiety zebrany uporządkować, wiele kwestyi zbadać, jednem słowem rzecz opracować szczególniej w tych kwestyach, które już to nie są jasne, pewne, albo gdzie dat odnośnych brakuje, lub też wreszcie tych, któreby wymagały znaczniejszych nakładów ze strony funduszu krajowego, t. j. wnioski pod a) b) c) określone.

Wreszcie co do wniosków, należących do ostatnich kategoryi w niniejszem sprawozdaniu, wymienionych pod e) i f), które mogą rzecz reformy przygotować, które żadnych wydatków nie wymagają, które poprawę rzeczy mimoto rokują, albo mogą być przydatne i których podniesienie mogłoby się przyczynić do poprawy stosunków obecnych, albo wreszcie, które wcale rzeczy nie przesądzają, powinny być przedłożone doraźnie jaknajspieszniej Wysokiemu Sejmowi, aby zyskać na czasie.

* D. 15 b. m. otwarty został w Warszawie Instytut higieny dziecięcej, ufundowany z zapisu ś. p. Leona br. Lenvala. Celem instytutu jest krzewienie higieny między dziećmi. Dyrektorem Instytutu został Dr. Roszkowski.

* Wydział Izby lekarskiej niższoaustryackiej trwa przy swojem postanowieniu i do zarządu Izby po złożeniu mandatów nie powrócił; p. namiestnik w myśl swego ostrzeżenia wyznaczył komisarza, dr. F. Domažlickyego, do kierownictwa sprawami Izby aż do czasu wyboru nowego zarządu. Zatem instytucya nawskroś kolegialna przeszła pod zarząd namiestnikowskiego urzędnika. Krok ten rządu austryackiego harmonizuje zupełnie z całością stosunku władzy do Izb lekarskich, którym rząd systematycznie odmawia przez 10 lat ich istnienia wszelkiego poparcia, a jednocześnie znosi zarządzenia Izb, zmierzające do poprawy bytu lekarzy drogą zbiorowego i solidarnego działania. W ostatnich czasach niema dnia, ażeby stan lekarski nie został zaczepiony: ciała prawodawcze i władze polityczne spółzawodniczą pod tym względem. Znamienną będzie odpowiedź prezydenta ministrów na interpelacye, wniesione w Izbie austryackiej, aczkolwiek wyznać należy, że uzasadnienie tych interpelacyi wydaje się nam blade i powierzchowne.

* Jeśli mamy sądzić z dotychczasowych, dość poważnych, dokumentów. surowicę przeciwgruźliczą Marmorka czeka los tuberkuliny Kocha: kontrola doświadczeń z tą surowicą, przeprowadzona w Instytucie Pasteura pod kierunkiem Roux'a, dała wynik o tyle ujemny, że zarząd Instytutu sprzeciwił się enuncyacyi Marmorka, który z tego powodu wystąpił z tego zakładu. Obecnie o bezskuteczności surowicy Marmorka złożyli oświadczenie profesorowie Mikulicz i Dieulafoy, co zapewnie cofnie całą sprawę z zakładów klinicznych do pracowni teoretycznych, a miejmy nadzieję, że krytyczna ostrożność i dalsze badania dadzą nam dzieło dojrzalsze i zbawienne.

* Między 10 a 16 listopada doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: brodzkim (1 gm.), jarosławskim (1 gm.), jaworowskim (3 gm.), kamioneckim (3 gm.), stryjskim (1 gm.), zaleszczyckim (1 gm.).

Mianowania i odznaczenia. Dr. Muratow (Kijów) i Dr. Krüger (Tomsk) mianowani profesorami zwyczajnymi. Dr. Henrijean (farmakologia) i Dr. Troisfontaines (dermatologia) mianowani profesorami

zwyczajnymi w Leodyum. Dr. Mirallié (higiena) i Dr. Monnier (patologia ogólna) mian. profesorami w Nantes.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Mieczysław Strasburger, l. 58, — w Warszawie. Prof. Goll, l. 75, — w Zurychu.

Bibliografia:

— *Postęp okulistyczny* Z. 10. Noiszewski: W $= \frac{1}{\infty}$. Majewski: Kilka słów o projekcyi obuocznej.

— *Gazeta lekarska* Nr. 46. Korzon: Doświadczenia nad desinfekcyą glikoformalem. Sawicki: Przyczynek do leczenia nosa zapadniętego sposobem Israela (dok.). Starkiewicz i Gryglewicz: Ze statystyki gruźlicy płuc w oddziale wewnętrznym dawnego i nowego szpitala Dzieciątka Jezus (c. d.).

— *Przegląd higieniczny* Nr. 10. Serbeński: O naglącej potrzebie zorganizowania służby zdrowia w szkołach publicznych (c. d.). Bier: O desinfekcyi po chorobach zakaźnych (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 46. Palmirski i Żebrowski: O płonicy pod względem bakteryologicznym i o leczeniu jej za pomocą surowicy swoistej. Neugebauer: Cztery ciekawe spostrzeżenia wrzekomego obojnactwa z praktyki własnej (c. d.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 46. Haškovec: Exofthalmus v nemoci Basedevově. Wiesner: Poznámka o differencielni diagnose diftherie. Pexa: Zúženi hrtanu ze zánětu hrtanevých v průběhu spalniček a po spalničkách (dok.).

— *Liečnički Viestnik* Nr. 11. Schwarz: Ektopija mjehura, operirana po Maydlu. Mišetić: Ogromni kamenae mjehura izvadjen na urethru. Lazarus: Slučaj extrauterine trudnoće. Izpražnjenje ploda na gužniak.

— *La Presse médicale* Nr. 90. Cathelin: Krążenie cieczy mózgowo-rdzeniowej. Quéry: Leczenie tasiemca.

— Nr. 91. Ramonéde: Wycięcie nerwu trójdzielnego. Bakalejnik: Rozszerzadło zapomocą wody. Leczenie zwężeń cewki mocz., przełyku, rzyci. Rozszerzanie szyjki macicznej.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 46. Dührssen: Zapobieganie zaburzeniom porodowym przez umocowanie pochwy. Meyer: Dyetetyczne leczenie bromem padaczki. Mohr: Przyczynek do porażenia myastenicznego. Hollander: Leczenie zapobiegawcze pierwotnych zmian kiłowych. Behr: Leczenie gruźlicy płuc, stosowanie »sanosinu« Schneidera podług metody Daneliusa i Sommerfelda. Löwenheim: Opuchlina pokrzywkowa. Rosenbach: Nowa teorya krążenia.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 47. Marburg: Kliniczny przyczynek do neurologii oka. Mager: Przyczynek do symptomatologii cukrzycy. Salzer: Przypadek całkowitej niedrożności jelita wskutek tępego urazu. Tatsujiro Sato: Wycięcie odźwiernika z jednoczesnem wycięciem poprzecznicy. Wyłuszczenie drogą brzuszną wysoko usadowionego raka kiszek.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 46. Göbell: Przyczynek do rozpoznania czynności nerek. Fuchs: Znieczulanie w ginekologii z szczególnem uwzględnieniem stosowania eteru kroplami podług Witzela. Hoffman: Nowoczesne znieczulanie eterem. Hartog: Eteryzowanie w związku z zastrzykiwaniami morfinowo-skopolaminowemi. Korff: Znieczulanie morfinowo-skopolaminowe. Vogt: Przemijające zaburzenie umysłowe po silnem zadziałaniu zimna. Kraft: Instrumentaryum do Röntgenowania dla użycia w praktyce. Köhler: „O przerywaczu“ w instrumentaryum badań Röntgenograficznych.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 47. Boas: Rozpoznanie wrzodu żołądka za pomocą wykazania utajonego znachodzenia się krwi w kale. Katz: Zapobieganie rakowi żołądka. Silbergleit: Przyczynek do nauki o ruchomości serca. Pagenstecher: Odosobnione przerwanie więzów krzyżowych kolana. Abel: Gruźlica przepukliny.

Redakcya otrzymała. Rzętkowski: 1) Der erste Bericht 1901—1902, über die Behandlung der Lungenphthisie auf der ineren Abtheilung III a des Krankenhauses »Kindlein Jezus« in Warschau. 2) Studien über die proteolytische Kraft Mageninhaltes 3) Ueber den Einfluss des Schwitzens auf die Blutzusammensetzung.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności m. Krakowa“.

W tygodniu 46 (od 15/XI do 21/XI) **urodziło się** dzieci : żywo: chł. 22, dz. 20; nieżywo: chł. 3, dz. —. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 13, kob. 14; zamiejscowych: męż. 14, kob. 14.

	Przyczyna śmierci:	Miejscowi	Obcy	W tym czasie doniesiono o chorobach zakaźnych: Miejscowi	Obcy
1	Niedostateczny rozwój	3	—		
2	Gruźlica	8	3		
3	Zapalenie płuc	6	5		
4	Dławiec i błonica	—	3	2[1])	5
5	Krztusiec	—	—	2	—
6	Ospa	—	—	—	—
7	Płonica	—	2	2[2])	—
8	Odra	—	—	35	—
9	Dur osutkowy	—	—	—	—
10	Dur brzuszny	1	2	2[3])	5
11	Czerwonka	—	—	—	1
12	Cholera azyatycka	—	—	—	—
13	Cholera dzieci	—	—	—	—
14	Cholera swojska	—	—	—	—
15	Gorączka połogowa	—	—	—	—
16	Zakażenie przyranne	1	—	—	2
17	Inne choroby zakaźne	—	—	3	1
18	Choroby przen. ze zwierząt	-	—		
19	Krwotok mózgowy	—	—		
20	Choroby narządu krążenia	1	—		
21	Nowotwory	1	4		
22	Inne przyczyny śmierci natur.	5	8		
23	Śmierć przypadkowa	—	—		
24	Śmierć gwałtowna	1	1		
	Razem	27	28		

[1]) Pędzichów 22. Smoleńska 29.
[2]) Krowoderska 53 Krupnicza 10.
[3]) Dolnych Młynów 7. Św. Agnieszki 3.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 3-go grudnia, o godzinie 6-tej wieczorem, ***w sali wykładowej profesora Szajnochy,*** posiedzenie zwyczajne, na którem kol. Wrzosek wypowie: „Uwagi nad patogenezą chorób zakaźnych“.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.